Nr. 46. 15. listopada 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz.

Dnia 20. października 1931. w południe rozeszła się wieść żałobna: „Dr. Franciszek Krzyształowicz, profesor dermatologji Uniwersytetu Warszawskiego nie żyje"!

Żałoba okryła nietylko bratni Uniwersytet Warszawski, ale na równi wszystkie Uniwersytety polskie, bo ubył z grona pracowników polskich jeden z Najznamienitszych i Najzasłużeńszych.

Trudno było oswoić się z myślą o tej ciężkiej stracie, trudno zwłaszcza piszącemu te słowa, bo pozostawał jeszcze przed kilku dniami ze ś. p. Zmarłym w żywej korespondencji, bo Mu w ostatnim liście przyobiecał odpowiedzieć na list Jego około 20. października, lub po tym terminie, gdyby zaszły jakieś przeszkody.

Spóźniłem się Czcigodny Profesorze, Drogi, Kochany Przyjacielu!

Przyczyn, że nie list, ale wspomnienie pośmiertne o Tobie piszę, w Bożych szukaj wyrokach. Chciałem Ci powiedzieć na pożegnanie słowa serdeczne i dobre, ale że wiem, że nie ze słów, lecz z czynów poznajemy wartość człowieka, myślę, że oddam Ci cześć najlepszą, gdy bieg życia Twego przypomnę.



* * *

Ś. p. Franciszek Krzyształowicz urodził się w Krakowie, w roku 1868. Tam ukończył w r. 1886. gimnazjum św. Anny i zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał w r. 1892., poczem celem odbycia praktyki lekarskiej wstąpił do szpitala św. Łazarza pełniąc obowiązki, początkowo praktykanta, potem sekundarjusza tegoż szpitala i przechodząc kolejno praktykę na oddziele chorób skórnych i wenerycznych, pozostającym wówczas pod kierownictwem prymarjusza tegoż oddziału ś. p. prof. Dra Zarewicza. Siedm lat pobytu w szpitalu, z czego z górą pięć pod kierownictwem ś. p. prof. Zarewicza, ucznia szkoły dermatologicznej francuskiej, zadecydowało o wyborze specjalności i przyszłym kierunku naukowym Krzyształowicza.

Działalność piśmienniczo-naukową rozpoczyna wcześnie, bo już w r. 1893. pracą p. t.: „Pogląd statystyczny na zwężenia cewki moczowej", „Przyczynek do kazuistyki kiły późnej", „Kazuistyka wrzodów stwardniałych pozapłciowych" (1894), „O trądzie" (wspólnie z Ciechanowskim 1896) i samym doborem tematów zaznacza wybitnie, jakiej gałęzi lekarskiej chce się poświęcić. Wpływ Zarewicza, ucznia szkoły dermatologicznej francuskiej, rozstrzygnął nietylko o wyborze gałęzi lekarskiej ale i o kierunku naukowym wybranej gałęzi.

Różnice między t. zw. szkołą niemiecką, ściślej mówiąc wiedeńską, a szkołą francuską były w owych czasach dosyć znaczne — rozstrzygnięcie czysto teoretyczne z pewnością nie łatwe.

Młody, rwący się do pracy naukowej, lekarz szpitala św. Łazarza, chce i pragnie poznać kierunki wiedzy i szkoły nie z piśmiennictwa, które pilnie studjuje, ale na miejscu i u źródła.

Powstała w r. 1880. w Hamburgu nowa szkoła dermatologiczna, rozpoczynająca nową epokę w nauce dermatologji, szkoła o kierunku biologicznym, której twórcą był P. Unna, nie uchodzi również bacznej uwadze Krzyształowicza. To jest bodźcem do podróży naukowych, do studjów zagranicznych. W r. 1898/9. wybiera się też do Hamburga i tam studjuje przez pół roku, by po raz drugi, już jako docent dermatologji, znany z prac Swoich, powrócić znowu w r. 1904. do tak umiłowanego, a pod kierownictwem Unny do szczytu doprowadzonego, działu badań histologicznych chorób skórnych.

Z Unną też łączą go później stale najserdeczniejsze stosunki zawsze żywej przyjaźni.

Pojął i zrozumiał dobrze nauki Mistrza hamburskiego, skoro za pracę histologiczną: *„Inwieweit vermögen alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen für Elastin, auch Elazin zu färben"*, uzyskuje w r. 1900. nagrodę imienia Unny.

Od roku 1904. jest stałym współpracownikiem wydawanego przez Unnę i Taenzera miesięcznika dermatologicznego: *„Monatshefte für praktische Dermatoloigie"*, (obecnie *Dermatologische Wochenschrift)* i tam przeważną część prac Swoich ogłasza, ze szczególnem zamiłowaniem poświęcając się histologji skóry, której był bezsprzecznie najlepszym znawcą w Polsce.

Ze szkołą francuską niemniej trwałe łączą Go więzy. Wybiera się do Paryża na studja trzykrotnie, a to w r. 1900, w 1904. i 1911. Obfity materjał paryskiego szpitala św. Ludwika, praca w pracowni *„College de France"*, zetknięcie się z ludźmi tej miary, co Fournier, Sabouraud, Hallopeau, Brocq, Darier i inni, to tylko bodziec do dalszej twórczej pracy naukowej.

Wpływ Sabouraud'a wyraźnie się zaznacza w sumiennych badaniach Krzyształowicza nad grzybami chorobotwórczemi włosów, których Krzyształowicz był znów najlepszym znawcą w Polsce. Rwącemu się do pracy naukowej, rokującemu najlepsze nadzieje lekarzowi, nadaje w r. 1901. Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego *veniam legendi* z zakresu dermatologji.

W r. 1906. zostaje profesorem nadzwyczajnym, a w r. 1911. nadzwyczajnym rzeczywistym, ale bez pensji i katedry t. j. bez własnego warsztatu pracy. Ale Krzyształowicz nie staje się skutkiem tego „bezrobotnym". Warsztat pracy tworzy sobie zawsze i wszędzie Sam z podziwu godną energją i wytrwałością, oraz z głębokiem przekonaniem, że najdrobniejszy, najskromniejszy zakątek można ożywić i uczynić głośnym przez pracę, i że zakłady naukowe są głośne nie rozmiarami i przepychem budowy, ale rozmiarami i zaciągiem twórczej pracy naukowej. Kiedy ktokolwiek z nas, stojących bliżej Niego, zwracał uwagę na opłakane warunki pracy w ówczesnych pracowniach uniwersyteckich, Krzyształowicz poważniał i umiał w tej chwili wymienić szereg nazwisk uczonych zagranicznych, najbardziej zasłużonych i zapytać: „A ci jak zaczynali?". Tą zasadą przejęty i surowy dla Siebie, wymagał także bezwzględnego poświęcenia się nauce od drugich, ale ich nie zrażał — i miękł, topniał i rozpogadzał się w tej

chwili i służył najdalej idącą pomocą, skoro dostrzegł choćby iskierkę zapału i szczerej chęci do pracy. Sam twardą przeszedłszy szkołę życia, uczył, że życie jest twarde, ale po cichu pomagał, na Siebie niejednokrotnie trud biorąc, by je drugim ułatwić.

Katedra dermatologji i warsztat pracy t. j. kierownictwo Kliniki dermatologicznej krakowskiej przechodzi w ręce Krzyształowicza w r. 1916, po śmierci jej poprzedniego kierownika, ś. p. prof. Władysława Reissa. Nie na długo jednak. W r. 1919. zostaje powołany jako profesor zwyczajny na katedrę dermatologji do Warszawy, z poleceniem tworzenia i budowania od podstaw warsztatu pracy dla Siebie i następców: Kliniki dermatologicznej Warszawskiej. Na Klinikę przeznaczono dawne koszary wojskowe przy ulicy Koszykowej. Krzyształowicz miał je przerobić na klinikę, odpowiadającą wymogom nauki nowoczesnej.

Powołano Najlepszego i Najgodniejszego, ale włożono na Jego barki ciężar niezwykły. Ś. p. Krzyształowicz, wówczas już 51 lat liczący, podejmuje się tego zadania, bo czegoż nie należy zrobić dla dobra nauki, tem bardziej, że ma się służyć Polsce dziś wolnej i świeżo się budującej. Trudno Mu i ciężko rozstać się z tak bardzo umiłowanym Krakowem, do którego kultury i sztuki przylgnął duszą całą i trudno pożegnać miejsce pobytu i zażyłej przyjaźni z nieżyjącym już wówczas Wyspiańskim. A może to dzieła Wyspiańskiego, rozwieszone na ścianach mieszkania Krzyształowicza, kazały Krzyształowiczowi iść za nakazem Wieszcza: „Tyle jest sił w narodzie, jest tyle mnogo ludzi...".Poszedł i wziął na swe barki trud tworzenia warsztatu pracy, nauczania i reprezentowania dermatologji polskiej w stolicy Polski.

Reprezentował ją zawsze zaszczytnie i godnie od zarania młodości Swojej, aż po dzień skonu. Przeszło 70 rozpraw i prac naukowych, „Etjologja i patogeneza chorób skóry" (podręcznik) „Choroby skóry" (podręcznik), żywy udział w Towarzystwach naukowych krajowych, których był Członkiem, Przewodniczącym, lub Członkiem honorowym, redakcja Przeglądu dermatologicznego i wiele, wiele innych zajęć, to plon pracowitego życia niemały.

Wdzięczny Uniwersytet Warszawski wybiera Go w roku akademickim 1924/5. rektorem. Polska Akademja Umiejętności w Krakowie zalicza Go w r. 1930. w poczet swych Członków zwyczajnych.

Ale nietylko w Polsce zyskuje Sobie ś. p. Krzyształowicz imię i uznanie. Nie samo zetknięcie się osobiste z wybitnymi przedstawicielami dermatologji zagranicznej, ale prace Jego naukowe, wystąpienia na Zjazdach międzynarodowych oraz współpraca w wydawnictwach naukowych zagranicznych sprawiły, że ś. p. Krzyształowicz znany był i ceniony także szeroko poza granicami Polski.

Nie był obcym zagranicy Człowiek, który w r. 1900. otrzymał nagrodę imienia Unny, w r. 1901. nagrodę imienia Zambaco-Paschy, od r. 1904. był stałym współpracownikiem *„Monatshefte für praktische Dermatologie"*, od r. 1910. współpracownikiem *„Archiv für Dermatologie und Syphilis"*, współpracownikiem *„Dermatologische Jahresberichte"*, *„Encyklopedie für mikroskopische Technik"* i t. d.

Znano Go, skoro od r. 1910. był Członkiem-korespondentem Tow. Dermatologicznego w Paryżu, Członkiem honorowym bułgarskiego, czesko-słowackiego i jugosłowiańskiego Towarzystwa dermatologicznego, a wreszcie w r. 1930. Prezesem Związku Dermatologów słowiańskich, a od r. 1931. Członkiem Komisji Międzynarodowych Zjazdów Dermatologicznych.

Nie chciałeś Czcigodny Profesorze, Drogi, Nieodżałowany Przyjacielu przemówień nad Twą trumną, nie chciałeś wieńców, wiedząc, że słowa ulecą, kwiaty zwiędną. Przyjm na pożegnanie ten wieniec zasług Twoich, Twą własną uwity ręką. Składam go z czcią największą, zapewniając Cię, że nie umarłeś wszystek, pozostawiasz bowiem po Sobie, prócz wdzięcznej pamięci, dzieła Ducha Twego, wartości jedynie trwałe i niezniszczalne.

J. Lenartowicz.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Adam GRUCA, prymarjusz oddziału. Lwów.

Leczenie gruźlicy stawu łokciowego u dorosłych resekcją z równoczesną plastyką.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. Dyr. Prof. Dr. H. Schramm i z Oddziału chirurgicznego Sanatorjum Kasy Chorych m. Lwowa.

Postępowanie lecznicze w gruźlicy stawu łokciowego jest obecnie w większości szkół do pewnego stopnia uschematyzowane. W gruźlicy początkowej oraz w gruźlicy u osobników w okresie wzrostu, postępuje się zachowawczo: leczenie ogólne, ustalenie, naświetlania, nakłucia, ewentualnie zastrzyki środków odkażających, względnie pobudzających bliznowacenie. Okres gojenia się przy tem postępowaniu trwa od 2—3 lat i kończy się zwykle zupełnem lub prawie zupełnem zesztywnieniem stawu, czasem pozostaje kilku do kilkudziesięcio — stopniowa ruchomość, wyjątkowo ruchomość zbliżona do prawidłowej. Przypadki z przetokami — goją się zwykle dłużej i chętnie ulegają nawrotom.

U osobników dorosłych, w okresie początkowym postępuje się zachowawczo — w okresie późniejszym — zwłaszcza w przypadkach z przetokami, wielu chirurgów postępuje czynnie — wykonując wycięcie stawu, przyczem dąży się przez odpowiednio długi okres ustalenia po zabiegu, do uzyskania zesztywnienia zupełnego. Wyjątek stanowi szkoła Biera, która nie przeszkadza wytworzeniu się pewnej ruchomości po wycięciu stawu.

W przypadkach wczesnych, przy istnieniu ognisk przystawowych — grożących przebiciem do stawu, niemal ogólnie jest przyjętem postępowanie czynne, usunięcie (wyłyżeczkowanie) ognisk i zmienionych części miękkich. Sposób ten jednak stosunkowo często nie usuwa cierpienia, gdyż istnieją ogniska inne, niewidoczne w czasie zabiegu, z których sprawa posuwa się dalej, względnie pozostają przetoki, wymagające długiego leczenia.

Wyniki zatem ogólnie przyjętych sposobów leczenia gruźlicy łokcia — wyjątkowo tylko w przypadkach, w których uda się odzyskać zbliżoną do prawidłowej ruchomość, są czynnościowo zadawalniające. Pozatem zesztywnienie zupełne stawu jest może zejściem najlepszem. Staw sztywny jest stosunkowo najrzadziej siedliskiem nawrotów cierpienia — jest jednak, w przeciwieństwie do zesztywnienia w kolanie, przyczyną poważnego kalectwa. Czynność kończyny dolnej polega na dźwiganiu ciężaru ciała w spokoju i w ruchu. Czynność ta jest bardzo mało skomplikowana. Kalecy na sztywnych szczudłach mogą się doskonale i długo poruszać. Prócz tego czynność kończyny dolnej łączy się z pionowem obciążeniem — wzdłuż osi długiej — szkieletu kończyny. Ciężar ciała zbliża i naciska na siebie poszczególne kości kończyny. Siły naciskające działają w kierunku, na który kość jest specjalnie, niezwykle wytrzymała.

Kończyna górna jest narzędziem precyzyjnem o czynnościach bardzo skomplikowanych i, by mogła je spełniać, musi posiadać bardzo rozległą gamę ruchów, a usztywnienie w stawie łokciowym znosi znaczną część tych ruchów. Prócz tego kończyna górna stosunkowo rzadko jest naciskaną w kierunku długich osi szkieletu. Zwykle dąży się do usztywnienia kończyny pod kątem prostym lub ostrym w stawie łokciowym. Kończyna najczęściej dźwiga i wówczas siła działa w kierunku rozciągnięcia lub zmniejszenia kąta, jaki tworzą ze sobą kości przedramienia i ramienia, działa zatem w sensie zgięcia, na co kość jest stosunkowo mało wytrzymałą. Przy stawach zupełnie sztywnych *(ankylosis ossea)* tworzą się fizjologicznie, architektonicznie ważne linje wzmocnień w obrębie zrośniętych kości, które skutecznie przeciwdziałają rozwarciu kąta. Przy ruchomości o małym zakresie ruchów, względnie zesztywnieniu niezupełnem łączno-tkankowem, fizjologiczna czynność kończyny łączyć się musi z ustawicznym urazem stykających się powierzchni stawu oraz pierwotnych, często tylko częściowo zgojonych ognisk swoistych. Urazy te są wystarczającą przyczyną nawrotów cierpienia, charakterystycznych dla zachowawczo leczonej i wyleczonej z nieznaczną ruchomością gruźlicy łokcia.

Powyższe uwagi nasuwają pewne wnioski:

1) że wycięcie stawu, umożliwiając silny zrost, daje większe szanse trwałego wyleczenia, niż leczenie zachowawcze;

2) że idealnem byłoby takie leczenie, które, usuwając ogniska chorobowe, przywracałoby kończynie praktycznie użyteczną ruchomość w możliwie najkrótszym czasie.

Powyższy tok myślenia doprowadził mnie do prób wycięcia stawu przy czynnej jeszcze gruźlicy łokcia z równoczesnem wymodelowaniem nowych powierzchni stawowych i pokryciem ich materjałem, zabezpieczającym od zrośnięcia się ich ze sobą oraz do zmiany leczenia pooperacyjnego w kierunku odzyskania, jak najszybciej, ruchomości.

Stanowisko to jest w sprzeczności z zasadami ogólnie obecnie przyjętemi, przemawia za niem jednak ruchomość przypadkowa, spostrzegana po resekcjach stawu łokciowego (Ollier, König, Oehlecker) i brak przeciwskazań teoretycznych, z których dwa mogłyby być brane pod uwagę: rozsianie się sprawy swoistej i zakażenie ropne. Rozsianie się sprawy swoistej przez uraz operacyjny jest możliwe i po resekcji stawu — jednak tego rodzaju powikłań, o ile mi wiadomo, nie spostrzeżono u dorosłych mimo, że re-

sekcja jest zabiegiem już bardzo starym i posiada bardzo rozległą statystykę. Wyrzeźbienie powierzchni stawowych można uskutecznić jednoczasowo z resekcją, nie powodując większego urazu dla chorych części stawu. Pokrycie nowych powierzchni materjałem izolacyjnym jest nieistotnym aktem zabiegu i nie łączy się ze specjalnem niebezpieczeństwem dla chorego. Niebezpiecznem mogłoby być rozpoczęcie ruchów przy istnieniu ognisk swoistych na powierzchniach przekroju. Zasadniczym jednak warunkiem doszczętności zabiegu jest usunięcie wszystkich części chorych w granicach zdrowych, a w tych warunkach ruch wczesny, zwiększając wywołane zabiegiem operacyjnym przekrwienie, przyczynia się do wygojenia ewentualnych niewidocznych ognisk.

Niebezpieczeństwo zakażenia ropnego rany pooperacyjnej jest raczej mniejsze, niż przy plastykach stawu, przy zesztywnieniach z innych przyczyn, gdyż tkanki na granicy ognisk znajdują się w stanie zwiększonej odporności, w następstwie długotrwałego stanu zapalnego. Do tej sprawy wrócę jeszcze później.

Że powyższe rozważania były słuszne, wskazuje przebieg operowanych przypadków.

Przypadek I. S. H. lat 29, rolnik, przyjęty na klinikę chirurgiczną dnia 9. IV. 1930. (Hist. chor. 141/930/M).

W wywiadzie rodzinnym nic szczególnego. Chorób dzieciństwa nie pamięta. W późniejszym wieku przechodził tyfus. Obecna choroba zaczęła się przed rokiem lekkiemi bólami i obrzękiem stawu łokciowego lewego. Obrzęk powoli powiększał się, nasilenie bólów wzrastało, kończyna w łokciu przykurczała się.

Stan z chwilą przyjęcia: wzrost średni, budowa mierna, odżywienie mierne. Klatka piersiowa długa, miernie wysklepiona. Płuca w granicach prawidłowych, ruchomych.



Ryc. 1. Przyp. I. Stan przed zabiegiem.

Nad szczytami do grzebienia łopatki wypuk skrócony, szmery oddechowe pęcherzykowe, wydech słyszalny. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian. Kończyna górna lewa o mięśniach wybitnie zanikłych. Okolica stawu łokciowego wrzecionowato obrzękła, spoistości elastycznej, przy obmacywaniu bolesna. Przedramię ustawione wobec ramienia pod kątem ok. 100 stopni. Ruchy czynne zniesione, bierne możliwe w granicach kilku stopni, bolesne, — skóra w obrębie zgrubienia niezmieniona, przesuwalna.

Na zdjęciu rentgenowskiem zmiany destrukcyjne w końcu stawu łokciowego lewego — zarysy kości wyżarte, nieostre i nierówne.

Wyraźna strefa demarkacyjna odgranicza części chore od zdrowych. (Ryc. 1. i 2.).

Rozpoznanie: *Fungus (tumor albus) cubiti.*

12. IV. 1930 zabieg operacyjny.

W uśpieniu eterowem, pod opaską Esmarcha, cięciem podłużnem przez kłykieć zewnętrzny odsłonięto staw. Torebka obrzękła i zgrubiała, wypełniona ziarniną — wypukla się z rany i łatwo oddziela od otoczenia, kłykieć zewnętrzny kości ramieniowej oraz główka kości promieniowej zniszczone. Cięciem podłużnem przez kłykieć przyśrodkowy oddzielono przyśrodkową część torebki od otoczenia i odcięto ją razem z choremi częściami



Ryc. 2. Przyp. I. Stan przed zabiegiem.

szkieletu dłótem, rzeźbiąc równocześnie powierzchnię ramienną na wysokości guzów nadkłykciowych wypukle, — obwodową — na kości łokciowej wklęśle — w obrębie granicy sklerotycznej. Kość promieniową, najwięcej zmienioną, usunięto prawie do guzowa-



Ryc. 3. Przyp. I. Stan ośm i pół miesiąca po zabiegu.

tości. Powierzchnię na kości łokciowej pokryto uszypułowanym płatem powięzi, pobranym z sąsiedztwa. Szew doszczętny — ustalenie kończyny pod kątem prostym na szynie.

12 i 13. IV. Ciepłota ponad 38°. Zmiana opatrunku i wypuszczenie krwiaka z jamy nowego stawu.

W następnych dniach ciepłota spada do normy.

22. IV. Wyprostowano kończynę na szynie i założono wyciąg.

Od 27. IV. Rany zgojone — ruchy czynne i ostrożnie bierne. Kończyna na noc wyprostowana w wyciągu — na dzień zgięta. Dolegliwości brak.



Ryc. 4. Przyp. I. Stan ośm i pół miesiąca po zabiegu.

2. V. Szynę zdjęto, fizjoterapja.

6. V. Ruchy czynne niebolesne w granicach 90°.

7. V. Chory odszedł do domu z poleceniem ćwiczenia ręki nadal. W domu chory zaczął intenzywnie pracować na roli.



Ryc. 5. Przyp. I. Zgięcie ośm i pół miesiąca po zabiegu.

w cztery tygodnie po zabiegu podnosił operowaną ręką ciężar 25 kilogramów.

28. VI. 1930 chory był przedstawiony w Lw. Tow. Lek.

22. XII. Kontrola: blizny gładko zgojone. Ruchy zupełnie niebolesne — zgięcie czynne do kąta ok. 60°, wyprostowanie prawidłowe, supinacja nieco ograniczona, pronacja prawidłowa. Siła motoryczna kończyny doskonała. Ruchomość na boki przy napięciu mięśni ledwie zaznaczona. Trzeszczeń w stawie nie stwierdza się, stan ogólny dobry. (Ryc. 5 i 6).

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje: powierzchnia łokciowa silnie uwapniona, ostro zarysowana, gładka. Powierzchnia ramienna sklerotyczna. Na kłykciach wyraźne objawy wytworzenia się nadmiaru kości, która do pewnego stopnia naśladuje prawidłowe kontury stawu. (Ryc. 3 i 4)



Ryc. 6. Przyp. I. Wyprostowanie ośm i pół miesiąca po zabiegu.

Chory przez całe lato i jesień pracował na polu bez ograniczeń i bez dolegliwości.

W czerwcu 1931 r. ponowna kontrola: Chory cały rok nie miał żadnych dolegliwości. Wyleczenie jest trwałe mimo ciężkiej pracy.

Chory był ponownie przedstawiony w Lw. Tow. Lek. 26. VI. 1931 roku.

Przypadek II. M. P. lat 35. W wywiadzie rodzinnym nic szczególnego. Zawsze była chorowita — od szeregu lat pokaszluje. Od roku cierpi na łokieć prawy. Leczona była ustaleniem. W grudniu 1929 otworzyły się 3 przetoki — od tego czasu gorączkuje wysoko i ma silne bole.

Stan 10. V. 1930. Wzrost niski, budowa wątła, odżywienie bardzo podupadłe — ciepłota 38°.

W płucach skrócenie wypuku nad szczytami, rzężenia, obfita plwocina.

Łokieć prawy o mięśniach wybitnie zanikłych, wrzecionowato rozdęty, po zewnętrznej stronie dwie, po przyśrodkowej jedna przetoka wielkości 5-cio groszówki. Środek przetok zajmują martwicze białe czopy, ściśle złączone z kośćmi. Wydzielanie z przetok jest bardzo obfite. Skóra w otoczeniu przetok jest zaczerwieniona.

Ramię ustawione wobec przedramienia pod kątem rozwartym, ruchy czynne zniesione, bierne bardzo bolesne. Okolica przetok i dolnej 1/3 ramienia na ucisk bardzo wrażliwa. Zdjęcie Rg: szpara stawowa prawie niewidoczna, powierzchnie stawowe o zarysach nieostrych. Struktura kostna zatarta i odwapniona. Około kości ramiennej i kości przedramienia świeże złogi okostnowe. (Ryc. 7 i 8).

R o z p o z n a n i e: *Gruźlica łokcia z zakażeniem mieszanem.*

13. V. 1930. W znieczuleniu poprzecznem ramienia nowokainą z adrenaliną, z dwu cięć podłużnych przez kłykcie kości ramiennej, usunięto torebkę oraz wybitnie zmienione części kości stawu. Na około dolnej 1/3 ramienia i kilka cm wzdłuż kości przedramienia stwierdzono podskórne i podmięśniowe kieszenie, wypełnione ziarniną i ropą. Kieszenie te wyłyżeczkowano. Najwięcej zmienioną była główka kości promieniowej, którą odcięto blisko guzo-

watości. Jamę pozostałą po resekcji stawu częściowo zeszyto, częściowo wytamponowano gazą jodoformową — kończynę ustalono pod kątem prostym na szynie.



Ryc. 7. Przyp. II. Rentgenogram łokcia przed zabiegiem.

Przez dwa dni po zabiegu ciepłota utrzymuje się około 38°, potem spada do 37°. W leczeniu sanatoryjnem chora pozostawała 7 dni. Co drugi dzień zmieniano opatrunki. Po trzech tygodniach usunięto szynę. Z chwilą pokrycia się powierzchni rannych ziarniną,



Ryc. 8. Przyp. II. Rentgenogram łokcia przed zabiegiem.

rozpoczęto ostrożne ruchy. Rany zgoiły się prawie zupełnie do pięciu tygodni i wówczas rozpoczęto energiczniejszą fizjoterapię i używanie kończyny.

Ryc. 9 i 10 przedstawiają stan 22. XII., t. j. około 6 i pół miesiąca po zabiegu.

Zgięcie czynne do kąta ok. 60° — wyprostowanie prawidłowe. Pronacja prawidłowa, supinacja nieco ograniczona. Po stronie przyśrodkowej i zewnętrznej łokcia w linji cięcia operacyjnego znajdują się dwie małe przetoki, drążące do kości ramieniowej, powyżej nowego stawu (miejsce zapalenia okostnej na tle zakażenia wtórnego). Ruchy łokcia na boki wyraźne. Siła motoryczna w porównaniu z kończyną drugą zmniejszona. Chora posługuje się



Ryc. 9. Przyp. II. Zgięcie sześć i pół miesiąca po zabiegu.



Ryc. 10 Przyp. II. Wyprostowanie sześć i pół miesiąca po zabiegu.

jednak stale ręką bez dolegliwości. Stan ogólny lepszy. Chora nie gorączkuje.

Zdjęcie rentgenowskie (ryc. 11) wykazuje gładkie — ostro ograniczone i częściowe sklerotyczne zarysy nowego stawu oraz objawy przebytego ropnego zapalenia okostnej powyżej.

Przypadek III. K. D. lat 21. Służąca, przyjęta do Sanatorjum Kasy Chorych m. Lwowa, dnia 11. IV. 1931. Hist. chor. L. 62.

W wywiadzie rodzinnym nic pozytywnego, w dzieciństwie przebyła odrę i zapalenie gruczołów szyjnych. Obecna choroba zaczęła się przed 2 laty po urazie. Leczona była opatrunkami ustalającemi i nakłuciami ropnia po środkowej stronie łokcia.

Stan z chwilą przyjęcia: wzrost średni, budowa i odżywienie mierne.



Ryc. 11. Przyp. II. Rentgenogram stawu sześć i pół miesiąca po zabiegu.

Narządy głowy, klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian wyraźniejszych.

Ręka lewa zgięta w stawie łokciowym do kąta ok. 130°. Ruchy czynne i bierne zniesione, z wyjątkiem kilkustopniowego zgięcia. Cała okolica stawu obrzękła i zgrubiała. Po stronie przyśrodkowej widoczna przetoka, otoczona bladą ziarniną. Pozatem w obrębie stawu elastyczny opór.

Zdjęcie rentgenowskie: Kość ramienna lewa wykazuje w okolicy bloczka okrągławy ubytek w strukturze kostnej wielkości czereśni: kontur wcięcia półksiężycowego kości łokciowej nieostry. Szpara stawowa zamazana.

O. B. 23 mm.

Rozpoznanie: *Fungus cubiti.*

1. V. W uśpieniu eterowem — z dwu cięć podłużnych przez kłykcie kości ramiennej — odsłonięto, usunięto torebkę oraz zmieniono części szkieletu stawu w częściach zdrowych, — kość ramienną na wysokości guzów nadkłykciowych — łokciową w obrębie wcięcia półksiężycowego, rzeźbiąc górną powierzchnię wypukłe, dolne wklęśle. Szew na głucho. Szyna pod kątem prostym.

Dwa dni po zabiegu podwyżka ciepłoty, która ustąpiła po wypuszczeniu krwiaka. Od 8. V. ciepłota prawidłowa.

Od 9. V. opatrunek szynowy z wyciągiem.

Od 12. V. ostrożne ruchy czynne i wyciąg na zmianę w pozycji wyprostowanej i w zgięciu.

16. V. Rany zgojone. W miejscu pierwotnej przetoki mała powierzchnia granulacyjna. Fizjoterapja.

21. V. Chora przechodzi w leczenie ambulatoryjne.

26. VI. Chora była przedstawiona w Lw. Tow. Lekarskiem.

Stan 20. VII. 1931. Rany zgojone — okolica łokcia nieobrzękła, zgięcie czynne do kąta ok. 75° w stosunku do ramienia, wyprostowanie do kąta ok. 170°, pronacja i supinacja bez ograniczeń — niebolesna. Chora posługuje się tą ręką stale bez dolegliwości.

Zdjęcie rentgenowskie: zarysy nowego stawu gładkie, ostre i częściowo sklerotyczne.

Przypadek IV. P. M. lat 22. Przyjęta do Sanatorjum Kasy Chorych dnia 9. VI. 1931. Historja choroby l. 112.

W wywiadzie rodzinnym nic szczególnego. Chorób dziecińśtwa nie przechodziła. Później również zawsze była zdrową. Obecna choroba zaczęła się przed trzema laty. Upadła na łokieć i od tego czasu łokieć obrzękł, był bolesny, a czynność kończyny upośledzona. Nie leczyła się. Dopiero w lutym b. r. poddała się operacji usunięcia ognisk w kości łokciowej i promieniowej. W szpitalu przebywała trzy tygodnie. Potem ręka była dłuższy czas w gipsie. Poprawy w kończynie nie czuje, łokieć jest nadal obrzękły, bolesny i usztywniony.

Stan z chwilą przyjęcia: wzrost niski, odżywienie mierne, ciepłota 37.4°, w narządach wewnętrznych wyraźniejszych zmian nie stwierdza się. Łokieć prawy obrzękły i ustalony pod kątem prostym. Na grzbietowej stronie widoczna podłużna blizna pooperacyjna. Po stronie przyśrodkowej na wysokości szpary stawowej przetoka — wydzielająca skąpo . Ruchy czynne zniesione, bierne bolesne.

Badanie rentgenowskie: w wyrostku łokciowym ubytek kostny wielkości orzecha laskowego o nieostrych poszarpanych zarysach. Brak główki kości promieniowej. Kłykcie kości ramiennej w wysokim stopniu odwapnione. Szpara stawowa zatarta.

Rozpoznanie: *Tbc. cubiti in stadio evolutionis.*

9. VI. Z cięcia łukowatego, zwróconego wypukłością ku dołowi i po plastycznem przecięciu ścięgna m. trójgłowego, wykonano resekcję kości ramiennej na wysokości guzów nadkłykciowych i zmienionych tkanek w okolicy wcięcia półksiężycowego, dostosowując je do siebie w sposób zbliżony do prawidłowego. Sączek nitkowaty do jamy poresekcyjnej. Szew mięśni, powięzi i skóry. Kończynę ustalono na szynie pod kątem prostym. Po zabiegu ciepłota prawidłowa. Po trzech dniach chora opuściła sanatorjum i dalsze leczenie odbywało się ambulatoryjnie.

20. VI. — zdjęto szynę. Rany zgojone. Rozpoczęto ruchy czynne.

Od 1 do 20 VII. ćwiczenia w zginaniu i fizjoterapja.

Stan 25. VII. Rany zgojone. Łokieć nieobrzękły — niebolesny, zgięcie czynne do kąta 75°, wyprostowanie do kąta ok. 175°. Pronacja wolna. Supinacja nieco ograniczona. Stan ogólny lepszy, niż przed zabiegiem.

Jak z powyższych protokółów wynika — przypadek pierwszy dotyczył zamkniętej gruźlicy łokcia w początkach okresu odnowy, z wyraźnemi objawami odgraniczenia części zdrowych. Chory był operowany w sposób typowy w pojęciu operacji plastycznej t. j. nowowytworzone powierzchnie stawu zostały oddzielone od siebie uszypułowanemi płatami powięzi, przyszytemi do powierzchni obwodowej.

Leczenie szpitalne trwało 25 dni. Chory odszedł z ruchomością w granicach ok. 80 stopni z tendencją do dalszej poprawy. W sześć tygodni po zabiegu mógł wykonywać ciężką pracę na roli. Po półtora roku staw klinicznie i rentgenologicznie wygojony i pełnowartościowy.

Przypadek III i IV. dotyczą gruźlicy również w początkach okresu odnowy, (IV na granicy), powikłanej przetokami — mimo to przebieg pooperacyjny stosunkowo gładki.

Leczenie szpitalne trwało u jednej chorej 3 tygodnie, u drugiej 3 dni. W ciągu 6—8 tygodni obie chore odzyskały 80—90% zdolności posługiwania się kończyną z równoczesnem klinicznem wygojeniem się sprawy swoistej. Zabieg był nietypowy, między powierzchnie nowego stawu nie wszczepiono żadnych materjałów izolacyjnych. Ruchomość uzyskano przez wczesne rozpoczęcie ruchów (z końcem drugiego tygodnia), a bezbolesność tych ruchów przez kombinację wyciągu w zgięciu i wyprostowaniu kończyny.

Przypadek II zajmuje stanowisko wyjątkowe — sprawa gruźlicza znajduje się w okresie rozwoju bez miejscowych objawów odgraniczenia się i jest powikłana ciężkiem wtórnem zakażeniem oraz zmianami w płucach. Ciężki stan ogólny mógł stanowić wskazanie do odjęcia kończyny. Przy zastosowaniu tych samych zasad, co w przypadkach poprzednich, kończynę udało się uratować i poprawić stan ogólny chorej z zachowaniem rozległej gamy ruchów w stawie łokciowym.

Przypadki te wskazują, że powyżej ujęta zmiana stanowiska w leczeniu gruźlicy łokcia jest nietylko uzasadnioną, ale w większości przypadków przeprowadzalną: a nawet przy dokładniejszem opracowaniu techniki może być uważaną za metodę wyboru.

Przeciwwskazania i wskazania.

1) Za przeciwwskazany uważam powyższy zabieg, jak i resekcję stawów wogóle u osobników poniżej lat 20, a to z powodu ewentualnych zaburzeń w wzroście kończyny.

2) Za niewskazany w gruźlicy w okresie początkowym t. j. w okresie narastania zmian destrukcyjnych. W okresie tym granica między tkankami zdrowemi, a choremi jest zarówno w obrazie rentgenowskim, jak i przy autopsji niewyraźną i trudną do odróżnienia — i stąd niebezpieczeństwo pozostawienia ognisk swo-

istych. W gruźlicy łokcia udaje się najczęściej w ciągu kilku (od 3—9) miesięcy leczenia zachowawczego wstrzymać postęp cierpienia i doprowadzić do początków okresów odnowy.

Wyjątek w tej zasadzie stanowią przypadki postępujące, mimo racjonalnego leczenia zachowawczego — względnie jak nasz przypadek II, w których ciężki stan ogólny nie pozwala na dłuższe utrzymywanie *status quo* i jak najszybszy zabieg jest konieczny dla ratowania życia.

3) Przetoki nie są przeciwwskazaniem, a raczej są wskazaniem do zabiegu (przyp. III. IV. i II), i wymagają tylko odmiennej techniki operacyjnej.

4) Przeciwwskazanie absolutnie stanowi ciężki stan ogólny względnie obecność postępujących zmian w płucach, nerkach i t. p.

Technika operacyjna.

W przypadkach opisanych posługiwaliśmy się cięciami podłużnemi przez oba kłykcie kości ramiennej.

Sposób ten jest więcej raniący i daje gorszy dostęp do stawu, niż cięcie przez wyrostek łokciowy. Zaletą jego jednak jest możność rozpoczęcia ruchów bardzo wcześnie oraz brak ryzyka upośledzenia wyprostowania kończyny w razie zropienia lub rozejścia się szwu wyrostka łokciowego. Cięcia te są zatem odpowiedniejsze w przypadkach z przetokami, zaś dostęp przez wyrostek łokciowy lub przez mięsień trójgłowy, w przypadkach czystych.

Do zabiegu na kościach najczęściej posługiwaliśmy się szerokiem wklęsłem dłutem. Ten sam efekt uda się niewątpliwie uzyskać zapomocą piłki łańcuszkowej P a y r a, względnie C o l l i n a. Usunąć trzeba całą torebkę oraz chore części szkieletu. Gruźlica łokcia w przeszło 70% rozpoczyna się ogniskiem kostnem (K ö n i g), najczęściej w kłykciach kości ramiennej, rzadziej w łokciowej, najrzadziej w promieniowej.

W kości ramiennej ogniska zajmują całą nasadę — wyjątkowo część pośrednią, a prawie nigdy nie przekraczają poziomu dolnych krawędzi guzów nadkłykciowych. Usunięcie tej części dłutem nawet bez otwarcia torebki stawowej jest technicznie bardzo łatwe.

W kości łokciowej ogniska przechodzą czasem i na trzon, zwykle jednak ograniczają się do otoczenia wcięcia półksiężycowego. Odpowiednio szerokie wklęsłe dłuto, usuwając chore części, rzeźbi doskonale powierzchnie wklęsłe nowego stawu.

W kości promieniowej najczęściej brak ostrego odgraniczenia części chorych. W trzech z przytoczonych przypadków sprawa chorobowa sięgała ku trzonowi kości, dochodząc do guzowatości. Usunięcie chorej części powoduje osłabienie stałości stawu, co jednak — mam wrażenie — nie ma większego znaczenia praktycznego. Wszyscy nasi chorzy posługiwali się doskonale kończyną po wyleczeniu.

Pokrycie powierzchni stawowych materjałem izolacyjnym nie jest *conditio sine qua non* — zabiegu, gdyż wystarczy powierzchnie od siebie oddalić, by powstał między niemi staw rzekomy. Pokrycie ich powięzią wolną, czy uszypułowaną — czy też utrwaloną błoną zwierzęcą — jest zatem sprawą drugorzędną — upraszcza jednak leczenie następowe, gdyż zapobiega wtórnemu zniekształcaniu się powierzchni stawowych przez narastanie kostniny w okresie gojenia się, — jest jednak przeprowadzalne jedynie w przypadkach czystych. Na podstawie spostrzeżeń przy plastykach innych stawów — zupełnie wystarcza do tego celu utrwalona podśluzówka jelit zwierzęcych.

Podwyżki ciepłoty, wywołane krwiakami w jamie poresekcyjnej, stanowiły jedyne powikłanie przebiegu pooperacyjnego w przypadkach opisanych. Zapobiec temu można przez 2—3-dniowe sączkowanie stawu nitkami struny lub przez przypalenie nowych powierzchni kostnych diatermją operacyjną.

W leczeniu następowem na pierwszy plan wysuwa się nie tyle możliwie wczesne rozpoczęcie ruchów, ile wyciąg kończyny naprzemian w wyprostowaniu i w zgięciu.

Ruchy wystarczy rozpocząć po 10—14 dniach w przypadkach czystych, w przypadkach wtórnie zakażonych wtedy, gdy powierzchnie ranne są pokryte ziarniną i niema podwyżek ciepłoty.

O możliwych niebezpieczeństwach opisanego sposobu wspomniałem poprzednio — możnaby myśleć o możliwości rozszerzenia się sprawy swoistej — czy to podczas zabiegu, czy też w następstwie wczesnego rozpoczęcia ruchów.

Co do pierwszego — nie widzę przyczyn, dlaczegoby niebezpieczeństwo uogólnienia się sprawy chorobowej miało być większe po resekcji plastycznej, niż po resekcji.

Resekcja ma już dawno prawo obywatelstwa w chirurgji i nie spostrzeżono po niej, o ile mi wiadomo, tego rodzaju powikłań.

Co do wczesnych ruchów — wprawdzie nie jesteśmy w stanie usunąć wszystkich możliwych ognisk — widocznych może tylko drobnowidowo — jednak operacja w początkach okresu odnowy umożliwia nieprzeoczenie ognisk większych w linji przecięcia kości. Zabieg operacyjny zapoczatkowuje długotrwały okres przekrwienia chorej okolicy, ułatwiając wygojenie się ewentualnych ognisk niewidocznych, a warstwa włóknika i następowo tkanka łączna, pokrywająca powierzchnie, stanowi doskonałą warstwę ochronną przeciw małym urazom.

Niebezpieczeństwo zropienia rany nie jest większe, niż w przypadkach zesztywnień po zapaleniach ropnych, a niewątpliwie mniejsze niż n. p. przy krwawem nastawianiu zastarzałych zwichnięć, gdyż tkanki stawowe znajdują się wskutek długotrwałego stanu zapalnego w stadjum zwiększonej gotowości obronnej. Pozatem ropa gruźlicza może być uważaną praktycznie za jałową. Tem należy tłumaczyć sobie brak powikłań w przypadkach podanych, mimo istnienia przetok.

Na końcu jeszcze kilka słów o piśmiennictwie przedmiotu. Piśmiennictwa niema właściwie żadnego, gdyż podobny sposób postępowania w gruźlicy łokcia, nie był, o ile mogłem stwierdzić, jako metoda nigdy podany.

Wprawdzie spostrzegano po rozległych resekcjach stawu w gruźlicy łokcia — niejednokrotnie nawet bardzo wydatną ruchomość (O l l i e r, K ö n i g, O e h l e c k e r) był to jednak zawsze wynik przypadkowy.

Zesztywniałe po gruźlicy łokcie uruchamiał operacyjnie po wygojeniu się sprawy S o r r e l. P u t t i, B a e r, R o t h i inni wykonywali plastyki stawów kolanowych w zesztywnieniach po gruźlicy, klinicznie wygojonych.

W klinice lwowskiej mamy również w podobnych przypadkach kilka interesujących wyników.

Jedynie W i e t i n g podał w roku 1922 (Ztblatt für Chir.) o trzech przypadkach przewlekającej się latami gruźlicy kolana, w których równocześnie z resekcją wykonał plastykę. Dalszych spostrzeżeń nad tą metodą W i e t i n g, o ile mogłem stwierdzić, nie ogłosił.

Powyższy sposób jest zatem sposobem nowym, stojącym w opozycji z dotychczasowemi zapatrywaniami, wyniki jednak uzyskane nim upoważniają do polecenia go, jako metody wyboru w gruźlicy łokcia u dorosłych.

TYMCZASOWE DONIESIENIA.

Dr. Albin GARBIEŃ. Lwów.
I asystent Państwowej Szkoły Położnych.

Zmięknienie kości w świetle badań doświadczalnych [1].

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. Adam S o ł o w i j.

Zmięknienie kości, jako jednostka chorobowa, nie ma, zdawało się do niedawna, jednolitej etjologji. Już wielka ilość teoryj, które tłumaczyły przyczyny jej powstania (teorja dyskratyczna, nutrytywna, teorja zakwaszenia, konstytucyjna, infekcyjna, teorje hormonalne) kazały raczej ujmować zmięknienie kości, jako objaw chorobowy rozmaitych jednostek chorobowych o pewnej etjologji, stałej dla każdej z tych jednostek. Teorje hormonalne wysuwane do roku 1919, które tłumaczyły zmięknienie kości jako schorzenie uniglandularne (teorja jajnikowa, tarczycowa, nadnerczowa, przysadkowa, przytarczyczna), nie ruszyły sprawy etjologji poza teoretyczne rozważania, a nawet dla wyjaśnienia wielu brakujących ogniw w zespole, jakim jest zmięknienie kości, stały się przyczyną powstania teorji pluriglandularnej, która tłumaczyła zmięknienie kości jako wyraz zaburzenia równowagi hormonalnej w ustroju — zaburzenia, którego powodem miałby być ten, czy ów gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu, jeśli wystąpiła w nim hipo- lub hiperfunkcja.

W roku 1919 ogłosił S c i p i a d e s (Budapeszt) bardzo ciekawą pracę o zmięknieniu kości — w niej rozbudował na podstawie doświadczalnej grasiczą teorję zmięknienia kości, przyczem starał się zunifikować wszystkie dotychczasowe teorje, gdyż tak złe warunki życia, na których opiera się teorja dyskratyczna, jak złe warunki odżywcze (brak witamin), jak zakwaszenie ustroju (głodzenie) i pewne zakażenie, jak wreszcie hiperfunkcja pewnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu — wszystko to wpływa na grasicę w ten sposób, że zmniejsza się ów gruczoł i pojawia się hipofunkcja, w następstwie której występują objawy zaburzenia pozajelitowej przemiany wapnia. S c i p i a d e s doświadczalnie uzyskał zmięknienie kości, a dowodowy materjał jest bardzo przekonywujący.

Grasicza teorja S c i p i a d e s a dowodzi, że zmięknienie kości wywołane jest hipofunkcją grasicy. Logiczne rozumowanie każe

[1]) Wygłoszone na IV Zjeździe Ginekologów Polskich w Krakowie dnia 30. VI. 1931.

przyjąć, że poprawienie czynności grasicy powinno dać wyleczenie zmiękniения kości.

To było punktem wyjścia moich pierwszych doświadczeń w r. 1929 — starałem się operacyjnie usunąć grasicę, wywołać stany zmiękniения kości i leczyć je preparatami, uzyskanemi z wyciętych grasic. Pierwsze doświadczenia na dojrzałych płciowo królikach i psach mogły zniechęcić do dalszych prób — usunięcie jednego płatu grasicy nie wywoływało obrazu zmiękniения kości, zupełne usunięcie obydwóch płatów grasicy dawało w 100% obustronną odmę piersiową i zejście śmiertelne zwierząt doświadczalnych. Dopiero użycie zwierząt młodych, niedojrzałych płciowo (króliki 2—3 tygodniowe, koty 3 tygodniowe, psy 3 tygodniowe), u których małem cięciem w dołku nadmostkowym *(iugulum)* można usunąć całą grasicę, nie obrażając przeważnie opłucnej i osierdzia — dało w efekcie uzyskanie doświadczalnego zmiękniения kości i daleko cofniętych zmian rozwojowych w porównaniu ze zwierzętami kontrolnemi.

Natomiast leczenie doświadczalne wywołanych stanów przy pomocy wyciętych grasic dało, jak dotychczas, wynik ujemny. Wstrzykiwanie wodnych wyciągów grasicy i nawet zawiesiny gruczołowej, nietylko nie poprawiało stanu, ale nawet pogarszało objawy. Dowodzi to, że w wyciągach tych nie było hormonu regulującego przemianę wapniową, lecz albo jego pre-hormon, albo też hormon grasicy, zmieniony czy to pod wpływem światła, czy też w trakcie sporządzania wyciągu (wycięte grasice konserwuję w fizjologicznym roztworze soli z dodatkiem chloroformu).

Teoretycznie przedstawia się sprawa dzisiaj następująco: hormonu grasicy nie znamy. Z objawów wnosimy o jego istnieniu i bardzo ważnym wpływie na pozajelitową przemianę wapnia, na którą wywiera swój wpływ również hormon ciałek przytarczycznych i prawdopodobnie szyszynka, której wyciągi przeważnie zwiększają ilość soli wapniowych we krwi (Candia 1931).

Parathormon, otrzymany z ciałek przytarczycznych przez Collipa, nie jest identyczny w działaniu z hormonem regulującym przemianę wapniową, zawartym we krwi — według Bluma (1931) hormon ciałek przytarczycznych ma się znajdować w stanie „hormogenu", który w nieznanym miejscu aktywuje się na hormon.

Ponieważ dziś już z pewnością możemy powiedzieć, że tak ciałka przytarczyczne, jak i grasica są temi dwoma gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, które mają ważny wpływ na przemianę wapniową — zrodziło się przypuszczenie, że dopiero inkrety dwóch tych gruczołów dają w sumie ów hormon regulujący przemianę wapnia. Możliwe jest, — że hormon ciałek przytarczycznych, ów hormogen Bluma — aktywuje się w grasicy. Zatem świadczyłyby stare obserwacje, że w przypadkach sekcyjnych zmiękniения kości stwierdzano powiększenie ciałek przytarczycznych (Seitz na 16 przypadków w 11 powiększenie c. p.) — powiększenie to można tłumaczyć jako samoobronę organizmu, który wytwarza coraz więcej owego hormogenu — hiperfunkcja ta prowadzi do przerostu ciałek przytarczycznych — brak jednak grasicy jako miejsca aktywującego hormogen, czy też brak pre-hormonu grasicy, który dopiero w połączeniu z hormogenem ciałek przytarczycznych stawałby się hormonem, regulującym przemianę wapnia — sprowadza coraz dalej posuwające się zaburzenia w pozajelitowej przemianie wapniowej.

Z drugiej jednak strony trzeba się liczyć i z możliwością odwrotnego stosunku grasicy do ciałek przytarczycznych. Przed prawie 25 laty (Erdheim 1907) uważano ciałka przytarczyczne nie jako gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, lecz jako narząd odtruwający, miały one wiązać trucizny względnie neutralizować ciała, odciągające wapń i niszczące kości. W myśl tego rozumowania należałoby przyjąć, że zmniejszająca się szybko grasica produkuje, czy też wyzwala tak duże ilości owego pre-hormonu, że ciałka przytarczyczne mimo przerostu nie są w możności związać jego całej masy — a wolny pre-hormon grasicy dostawszy się do krążenia potęguje jeszcze zaburzenia przemiany wapniowej, czemu odpowiadałyby wyniki uzyskane po wstrzykiwaniu wyciągów grasicy.

Badania doświadczalne, rozpoczęte w nowej serji z wiosną br., miały określić stosunek ciałek przytarczycznych do grasicy:

1) przez określenie biologiczne wpływu wyciągów z ciałek przytarczycznych na zwierzęta, pozbawione ciałek przytarczycznych i grasicy,

2) przez określenie *in vitro* właściwości zmieszanych wyciągów grasicy i ciałek przytarczycznych — i określenie biologicznego działania tej mieszaniny,

3) przez określenie wpływu rozmaitych sposobów sporządzania wyciągów na biologiczne ich właściwości (wpływ sączków, wzgl. przenikania przez błony zwierzęce),

4) przez określenie wpływu światła na trwałość wyciągów.

Do badań tych używałem dotychczas królików i kotów. Duża śmiertelność zwierząt doświadczalnych jest jedną przeszkodą poważną, hamującą tempo badań. Do tego przyczyniają się również trudności ze zdobyciem zwierząt doświadczalnych w związku z zakazem wiwisekcji, tak że dotychczasowe doświadczenia nie pozwalają mi na wypowiedzenie ostatniego słowa. Dalsze badania są w toku

---

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Paweł OSTERN, asystent instytutu. Lwów.

Budowa czerwonego barwika krwi.

Z Instytutu Chemji Lekarskiej U. J. K.

Badania nad czerwonym barwikiem krwi pociągały oddawna najznakomitszych chemików i fizjologów, a to zarówno ze względu na jego doniosłą funkcję fizjologiczną, jakoteż jego osobliwe właściwości chemiczne, od których te funkcje zależą, a dla których wśród dziesiątek tysięcy znanych substancyj organicznych niema analogij. Około poznania istoty chemicznej czerwonego barwika krwi wielkie zasługi położyli badacze polscy: Teichmann był pierwszym, któremu udało się otrzymać kryształki heminy, bardzo bliskiej pochodnej grupy barwikowej hemoglobiny, noszące dziś powszechnie używaną nazwę kryształków Teichmanna. Szczególnie zaś zasłużył się Marceli Nencki, który przez swoje badania nad porfirynami stworzył podstawę do dalszych racjonalnych badań nad budową hemoglobiny. Marchlewski, prowadząc doświadczenia nad barwikiem krwi i barwikiem zielonym liści, stwierdził podobieństwo części składowych obu tych barwików. W Niemczech Willstätter i Küster podali hipotetyczne wzory chemiczne heminy. Wzór Küstera w zasadniczych rysach ujmował nawet dobrze strukturę tego ciała. Dopiero jednak H. Fischerowi, udało się dzieło zapoczątkowane przez Hoppe-Seylera i Nenckiego doprowadzić do końca. Przez systematyczne, bardzo żmudne, a z żelazną wprost wytrwałością przeprowadzone badania, rozwinął chemję związków pyrrolowych, większoć porfiryn otrzymał syntetycznie, a wreszcie uwieńczył swe prace syntezą heminy, która pod każdym względem okazała się identyczną z naturalną heminą, otrzymaną z krwi. Prace te zakończone w r. 1929, nagrodzone zostały w roku ubiegłym nagrodą Nobla.

Ale nietylko w poznaniu struktury części barwikowej, lecz także w zrozumieniu związków chemicznych między częścią barwikową a globiną poczyniono w ostatniem dziesięcioleciu poważne postępy. Keilin wykazał ogromne rozpowszechnienie w świecie żywym barwika, który nazwał cytochromem, a pozostającego w związku z grupą barwikową hemoglobiny. Ferment oddechowy, odkryty przez Warburga, odgrywający doniosłą rolę w procesach spalań tkankowych, pozostaje również w ścisłem pokrewieństwie z heminą. W ten sposób rola tej grupy barwikowej, której do niedawna przypisywano jedynie funkcję transportu tlenu we krwi, przedstawia się jako znacznie szersza.

Część barwikowa hemoglobiny.

Hemoglobina składa się z części barwikowej, zawierającej żelazo i z części białkowej — globiny. Jeżeli na szkiełku podstawowem dodamy do krwi szczyptę soli kuchennej i nieco stężonego kwasu octowego, nakryjemy tę mieszankę szkiełkiem nakrywkowem i podgrzejemy, to szczególnie na brzegu preparatu utworzą się charakerystyczne kryształki Teichmanna. Globina ulega odszczepieniu, a powstaje hemina, która odpowiada ogólnemu wzorowi $C_{34} H_{32} N_4 O_4 Fe Cl$. (wzór I). Pozatem w reakcji tej zostaje w grupę barwikową hemoglobiny wprowadzony chlor, którego tam pierwotnie nie było. Można go działaniem zasady wymienić na grupę wodorotlenową $C_{34} H_{32} N_4 O_4 Fe OH$ (wzór II). Redukując to ciało hydrosiarczynem sodowym można odszczepić grupę OH, a otrzymujemy w następstwie ciało o wzorze $C_{34} H_{28} N_4 O_4 Fe$ (wzór III). Jest to właśnie część barwikowa hemoglobiny.

Jeżeli na roztwór oksyhemoglobiny (a więc n. p. krew zhemolizowaną przez rozcieńczenie wodą destylowaną i wytrząśniętą z powietrzem dla nasycenia tlenem) działamy kwasem lub zasadą, to powstają brunatno czerwone roztwory w pierwszym wypadku, hematyny kwaśnej, drugim hematyny zasadowej. Przypuszczano dawniej, że działanie kwasów i zasad rozczepia część barwikową i białkową hemoglobiny, a pierwsza w obecności tlenu przechodzi w ciało o wzorze II. Jeżeli tak otrzymany roztwór redukowano hydrosiarczanem sodowym, to miało rzekomo powstawać ciało o wzorze III, które nazywano hematyną zredukowaną lub hemochromogenem i któremu przypisywano owe charakterystyczne dwusmugowe widmo, które występuje jeszcze

w olbrzymich rozcieńczeniach krwi i służy w medycynie sądowej do rozpoznawania krwi. Badania Ansona i Mirskiego przed kilku laty wykazały niesłuszność tych poglądów. Ciało o wzorze III. otrzymane w stanie czystym z heminy, nie daje widma hemochromogenu. Widmo i wzór musiały zatem należeć do dwu różnych substancyj. Wystarcza jednak dodać do tej czystej substancji o wzorze III. nieco amonjaku, pirydyny, nikotyny lub białka, jednem słowem jakiejkolwiek zasady zawierającej azot, by otrzymać widmo niewiele się różniące od hemochromogenu, a identyczne z nim, jeżeli białkiem dodanem jest globina. Czyste zaś ciała o wzorze II i III dawały mało charakterystyczne widma absorbcyjne. Dla usunięcia niejasności w nomenklaturze Anson i Mirski zatrzymali dla ciała o owem charakterystycznem widmie nazwę hemochromogenu, natomiast ciało o wzorze II nazwali hemem (wzgl. oksyhemem). ciało o wzorze III hemem zredukowanym. Zestawiamy jeszcze raz te wzory:

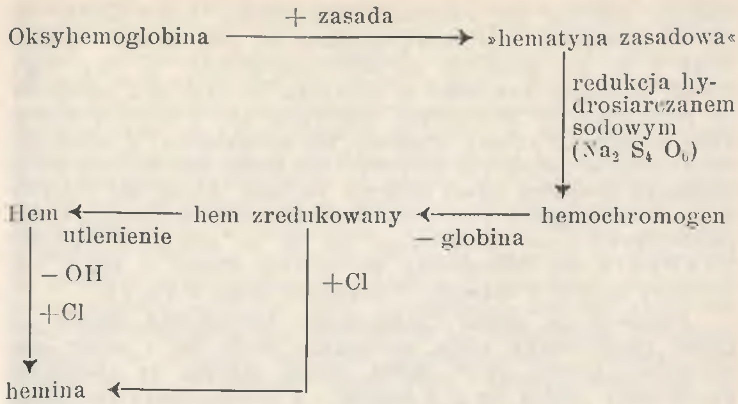
I $C_{34}\ H_{32}\ N_4\ O_4\ Fe\ Cl$ = hemina.
II $C_{34}\ H_{32}\ N_4\ O_4\ Fe\ OH$ = hem (oksyhem).
III $C_{34}\ H_{32}\ N_4\ O_4\ Fe$ = hem zredukowany.

Badania Ansona i Mirskiego postawiły w nowem świetle sprawę zwiazków grupy barwikowej hemoglobiny. Skoro hemochromogen nie jest czystym hemem zredukowanym, lecz zwiazkiem jego z globiną, wyłoniła się kwestja, jaka różnica zachodzi między nim a hemoglobiną, która przecież również jest połączeniem hemu zredukowanego z globiną. Anson i Mirski wykazali, że różnica polega w części globinowej; w hemochromogenie znajduje się ona w stanie zdenaturowanym (działanie kwasów lub zasad) w hemoglobinie natomiast w stanie rodzimym. Jeżeli od hemoglobiny oddzieli się przy zastosowaniu wszelkich możliwych środków ostrożności (by nie spowodować denaturacji) globinę, to z tej globiny i hemu zredukowanego można z powrotem uzyskać hemoglobinę i zidentyfikować ją widmowo. Ansonowi i Mirskiemu udało się nawet ostatnio uzyskać w podobny sposób oksyhemoglobinę w stanie krystalicznym, tak, że ostatnie zastrzeżenia w tej sprawie musiały upaść.

Zarówno hem, jak i hem zredukowany są ciałami trudno rozpuszczalnemi, rozpuszczalność ich jednak wzrasta niezmiernie po połaczeniu się z globiną. Dzięki temu właśnie może się hemoglobina znajdywać w krwinkach w 35% roztworze, co ze względu na jej funkcję w przenoszeniu tlenu jest niezmiernie ważne, gdyż — *ceteris paribus* — zawartość tlenu w krwi jest proporcjonalną do stężenia hemoglobiny. Jeżeli jednak hem jest mało rozpuszczalny, to jak wytłumaczyć sobie, że po zakwaszeniu lub zalkalizowaniu roztworów oksyhemoglobiny nie wypada osad, pomimo, że pod działaniem tych czynników nastepuje istotnie rozkład na hem i globinę. Wspomniano przecież, że w tych warunkach powstaja brunatno czerwone roztwory hematyny kwaśnej względnie zasadowej. Sprawę tę wyjaśnił Keilin. Wykazał bowiem że osad tylko dlatego nie wypada, że zostaje przez działanie ochronne globiny denaturowanej utrzymany w roztworze. Nie mamy zatem w hematynie kwaśnej i zasadowej do czynienia z prawdziwemi roztworami, lecz z zawiesinami, chronionemi przez koloidowe własności białka. Inaczej przedstawia się sprawa t. zw. hematyny obojetnej powstajacej przez ścisłe zobojętnienie alkoholowego, zasadowego roztworu oksyhemoglobiny. Otóż ta hematyna obojętna, czyli kathemoglobina Wincentego Arnolda, przez Keilina nazwana parahematyna, jest prawdziwem połaczeniem chemicznem hemu z globina zdenaturowana. Methemoglobina zaś, która sie otrzymuje przez działanie żelazo-cyjanku potasowego na oksyhemoglobinę, pozostaje do niej w takim stosunku, jak hemoglobina do hemochromogenu. Globina bowiem wchodzi w jej skład w stanie rodzimym.

Następujące zestawienie wyjaśni sprawę związków hemowych.
Oksyhemoglobina = hemoglobina + O_2.
Hemoglobina = hem zredukowany + globina rodzima.
Hemochromogen*) = hem zredukowany + globina zdenaturowana.
Methemoglobina = hem + globina rodzima.
Hematyna obojętna = hem + globina zdenaturowana.
Hematyna zasadowa i kwaśna = luźne aggregaty hemu i globiny zdenaturowanej.

Bardzo pouczający w tej sprawie jest następujący schemat Ansona i Mirskiego.



Masa cząsteczkowa hemoglobiny.

W 100 g hemoglobiny 96 g przypada na część białkową, 4 g na część barwikową. Zawartość żelaza w grupie barwikowej wynosi 8%, a zatem około 1/300 ciężaru całej hemoglobiny. Ponieważ masa atomowa żelaza wynosi 56, przeto wynika stąd, że masa cząsteczkowa hemoglobiny równa się 300×56 czyli okrągło 17.000 lub wielokrotności tej liczby, jeżeliby więcej niż gramatom żelaza zawarty był w gramoczasteczce hemoglobiny. Dziwnym zbiegiem okoliczności otrzymał Hüfner przy pomiarach ciśnienia osmotycznego roztworów hemoglobiny wartości odpowiadające tej liczbie teoretycznej, tak, że przez długi czas uważano, że ciężar cząsteczkowy hemoglobiny wynosi 17.000. Pomiary ciśnienia osmotycznego były jedyną możliwą drogą, którą można było wówczas zastosować dla obliczenia ciężaru cząsteczkowego hemoglobiny. Obniżenie punktu zamarzania w roztworach hemoglobiny dawałoby zbyt małe różnice temperatur, by można je zapomocą precyzyjnych nawet instrumentów odczytać. Roztwór molarny każdego nieelektrolitu obniża punkt zamarzania wody o — 1.85° C, roztwór 4% hemoglobiny obniżyłby punkt zamarzania wody o 0,0045° C, a zatem wartość znikomą. Ciśnienie osmotyczne natomiast dla takiego roztworu wyniosłoby już około 40 mm Hg — wartość wcale pokaźna. Oczywiście na ustalenie się tego ciśnienia trzeba długo czekać.

Adair powtórzył w r. 1921 pomiary ciśnienia osmotycznego roztworów hemoglobiny, przeprowadzając je w stałej temperaturze 0.6° C, w której nie groził rozkład gnilny i która dzięki temu pozwalała na kilkumiesięczne czekanie na ustalenie się ciśnienia osmotycznego. Pozatem rozporzadzał Adair niezrównaną wprost techniką w sporządzaniu błon półprzepuszczalnych, która ułatwiła mu zarówno konstrukcję osmometrów, jakoteż dializowanie hemoglobiny dla pozbawienia jej wszelkich domieszek soli. Pomiary swoje przeprowadzał na bardzo wielkim materjale doświadczalnym, hemoglobinach rozmaitych zwierząt i w rozmaitych stężeniach: do jakiego stopnia doskonałości doszedł, świadczy fakt, że mimo niezmiernie trudnej metodyki błędy doświadczalne nie przekraczały 10%. Wyniki, jakie otrzymał były zgoła różne od wyników Hüfnera: 4% roztwór hemoglobiny dawał zamiast spodziewanego ciśnienia 40 mm Hg, ciśnienie 10 mm Hg, a zatem trzeba było przyjąć, że ilość czynnych osmotycznie cząsteczek hemoglobiny jest 4 razy mniejsza, aniżeli dotąd przyjmowano i że na jedną cząsteczkę przypada wobec tego masa cztery razy wyższa, czyli około 70.000.

Badania Adaira zostały w roku 1926 potwierdzone przez Svedberga, który wprowadził nową, niesłychanie pomysłową metodę oznaczania ciężaru cząsteczkowego związków wielkocząsteczkowych. Założenie tej metody podobne jest do sposobu obliczania ciśnienia wysokich warstw atmosfery. Blisko ziemi powietrze jest najgęstsze, im wyżej idziemy, tembardziej się rozszerza. Stopień rozrzedzenia w określonych warstwach jest stały. Równowaga jaka panuje jest wynikiem 2 sił przeciwbieżnych jednej, którą stanowi przyciąganie ziemskie, drugiej, która jest dyfuzja, usiłująca powietrze jak najbardziej rozszerzyć. Dyfuzja zależy od wielkości czasteczkowej gazu, — w sile przyciągania kuli ziemskiej ten wpływ się nie zaznacza. W równaniu matematycznem, ujmującem tę zależność, stoi ciężar cząsteczkowy tylko po jednej stronie równania; jeżeli znamy wszystkie inne wielkości możemy go obliczyć. — naodwrót znając średnią masę cząsteczkową powietrza możemy zgóry obliczyć stopień rozrzedzenia czyli ciśnienie jego panujące w danej warstwie atmosfery.

Svedberg używa w swoich doświadczeniach zamiast siły ciężkości, która byłaby zbyt słaba by spowodować osadzanie się hemoglobiny z roztworów siły odśrodkowej ultrawirownicy, obracającej się 10.000 razy w 1 minucie. Siła ta przewyższa około 6.000 razy siłę ciążenia. Dializowane roztwory hemoglobiny umieszcza w naczyńkach o płaskich ścianach; przez wprawienie w ruch wi-

*) Hemochromogenami nazywamy ogólnie substancje zbudowane z hemu zreduk. i jakiejkolwiek zasady zawierającej azot. Reakcja zachodząca między temi ciałami jest odwracalna:
Hem zreduk. + $NH_3 \rightleftarrows$ hemochromogen amonowy, a równowaga jej ustala się zależnie od stężenia ciał reagujących.

rownicy odbywa się osadzanie hemoglobiny, które zależy od siły odśrodkowej i przeciwdziałającej jej siły dyfuzji. Chodzi teraz o to by zmierzyć stężenie hemoglobiny w dwu warstwach rozmaitej wysokości w naczyńku. W tym celu umieszcza się prostopadle do płaszczyzny wirowania nad wirownicą aparat, który fotografuje stopień osadzania się hemoglobiny. Z intenzywności cienia w rozmaitych poziomach naczyńka daje się oczywiście zapomocą fetometru łatwo obliczyć stężenie. Znając zaś stężenie w 2 warstwach płynu i obie siły działające, można obliczyć ciężar cząsteczkowy ciała osadzającego się. Na tej podstawie dochodzi Svedberg dla hemoglobiny do wartości 70.000, a zatem najzupełniej zgodnej z liczbami otrzymanemi przez Adaira.

Ponieważ na ciężar cząsteczkowy hemoglobiny składa się ciężar cząsteczkowy hemu, wynoszący około 600 i ciężar cząsteczkowy globiny około 16.000, należy przyjąć, że cząsteczka hemoglobiny składa się z 4 hemów i 4 globin, odpowiada zatem wzorowi Hb_4 a nie Hb. Podstawowe równanie, wyrażające łączenie się hemoglobiny z tlenem należałoby zatem raczej pisać $Hb_4 + 4O_2 \rightleftarrows Hb_4O_8$.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. L. SZYFMAN. Łódź.

Uwagi w sprawie rozpoznawania stanów śpiączkowych u chorych na cukrzycę.

Z oddziału wewn. Szpitala fund. Małż. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: S. Sterling.

Rozpoznawanie stanów śpiączkowych u diabetyków nastręcza często w praktyce trudności. Prócz *coma diabeticum* wchodzą w takich razach najczęściej w rachubę *coma cerebrale (vel arterioscleroticum), coma uraemicum, coma cardio-vasculare*, wreszcie *coma hypoglycaemicum. Coma arterioscleroticum* może być łatwo rozpoznane tylko wtedy, gdy występują wyraźne objawy ogniskowe w postaci porażeń; w razie braku tych objawów przemawiać może za tem rozpoznaniem wysokie ciśnienie, napięte tętno, patologiczne odruchy przy braku objawów kwasicy i braku hipoglikemji. Do rozpoznania śpiączki mocznicowej uprawnia nas stwierdzenie hipertenzji, znacznej ilości mocznika i azotu pozabiałkowego we krwi, charakterystycznych zmian na dnie oka; nie wolno tylko zapominać, że objawy mocznicowe mogą występować i w śpiączce cukrzycowej, jako przejaw wtórnej niedomogi nerek: w takich przypadkach wskutek upośledzenia czynności wydzielniczej nerek — mimo istniejącej kwasicy, możemy nie wykryć w moczu acetonu, którego nadmiar daje się natomiast stwierdzić we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym. Poważne trudności nastręczać może rozpoznawanie śpiączki sercowo-naczyniowej *(coma vasculosum)*. Chodzi w takich razach zazwyczaj o ludzi starszych, u których już i przedtem występowały objawy niedomogi serca. Wywiady, stan serca przy braku kwasicy i hipoglikemji umożliwiają właściwe rozpoznanie. Pragnę zatrzymać się nieco dłużej na rozpoznawaniu *coma hypoglycaemicum* i odróżnieniu jej od śpiączki cukrzycowej, po pierwsze ze względu na fatalne skutki, jakie omyłka diagnostyczna w tych przypadkach pociągnąć za sobą może, powtóre ze względu na to, że klinika i istota hipoglikemji są jeszcze niedostatecznie wyświetlone. Charakterystyczne cechy różniczkowe klasycznych postaci *coma diabeticum* i *hypoglycaemicum* uwidocznione są na załączonej tablicy.

Objawy	Coma diabetic.	Coma hypoglycaem.
Oddech	Kussmaula	prawidłowy
Tętno	drobne, miarowe	nitkowate, niemiarowe
Ciepłota	przeważnie prawidłowa	poniżej normy
Skóra	sucha	wilgotna (poty)
Ciśnienie śródgałkowe	wybitnie obniżone	prawidłowe, albo nieznacznie obniżone
Odruch Babiń-skiego	ujemny	dodatni
Cukier w moczu	obecny	brak

W praktyce jednak odróżnianie kwasicy od hipoglikemji bywa często trudne, a to dlatego, że zdarzają się nierzadko przypadki o przebiegu atypowym i przypadki kombinowane: śpiączka cukrzycza, która pod wpływem przedawkowania insuliny przechodzi w hipoglikemiczną, albo też jednoczesne wystąpienie kwasicy i hipoglikemji. W takich skomplikowanych przypadkach decyduje o rozpoznaniu badanie cukru we krwi; szybka poprawa, uzyskana po zastosowaniu cukru gronowego również daje możność ustalenia — *ex iuvantibus* — hipoglikemji. Oto przykład skomplikowanego przypadku z praktyki własnej, zasługujący na szczegółowe omówienie.

Dnia 6. IX. 1930 r. zostałem zaalarmowany przez matkę mego 6-letniego pacjenta-diabetyka. Chłopiec przed tygodniem wrócił z Wiednia, gdzie w ciągu 3 miesięcy przebywał na klinice prof. Pirquet'a. Po powrocie do domu stosowano ściśle wyznaczoną w klinice dietę (do 100 g węglowodanów) i zastrzykiwano wskazaną tam ilość insuliny — 32 jednostki dziennie (20 + 12). Matka podaje, że już przed wieczorem chłopiec się nieco zmienił — zjadł jednak swą kolację; otrzymał zwykłą dawkę insuliny i wkrótce potem około 9-ej wiecz. wpadł w śpiączkę. Przy badaniu chorego uderzały następujące objawy: nieprzytomny, leży na łóżku skurczony, kończyny dolne i górne kurczowo napięte, odruchy kolanowe wzmożone; z ust wyraźny zapach acetonu; skóra — wilgotna, tętno przyśpieszone, miarowe, nieźle wypełnione. Ponieważ chłopiec choruje na cukrzycę już od 3 lat, w ciągu których miał już kilkakrotnie początkowe objawy śpiączki, wydawało się w pierwszej chwili, zwłaszcza ze względu na wyraźny zapach acetonu, jaki wyczuwał się w pobliżu chorego, że i tym razem mamy do czynienia ze śpiączką cukrzycą; ale niektóre objawy, jako to wilgotna skóra, napięte mięśnie kończyn, wzmożone odruchy, wzbudziły podejrzenie co do hipoglikemji. Wobec tego zdecydowałem się nie stosować insuliny aż do ustalenia ścisłej diagnozy, zarządziłem natychmiastowe pobranie krwi do zbadania na cukier, a tuż po pobraniu krwi przystąpiłem do dożylnego zastrzykiwania 20% roztworu cukru gronowego; po zastrzyknięciu 200 g glukozy chory odzyskał przytomność, zaczął odpowiadać na pytania na żądanie moje oddał trochę moczu: po kilku minutach jednak znów wpadł w stan śpiączki. Było już wtedy jasne, że mieliśmy do czynienia jednocześnie z kwasicą i hipoglikemją; po cukrze gronowym ustąpiły objawy tej ostatniej, trwała jednak nadal kwasica. Otrzymane po godzinie wyniki badania krwi i moczu potwierdziły słuszność naszego rozumowania: we krwi stwierdzono 49 mg cukru na litr, w moczu aceton i kwas aceto-octowy w dużej ilości, przy braku cukru. Chory w ciągu nocy otrzymywał cukier gronowy i środki nasercowe; nad ranem — poziom cukru we krwi podniósł się do 160 mg; chory odzyskał przytomność; zastosowano insulinę w połączeniu z obfitą węglowodanową dietą; po dwóch dniach sprawa była zupełnie opanowana, a w celu uniknięcia takich powikłań na przyszłość wyznaczono dietę o większej niż przedtem zawartości węglowodanów. W przypadku tym przeoczenie objawów hipoglikemji i zastosowanie w pierwszej chwili insuliny byłoby zabójcze dla chorego.

Analogiczne przypadki u diabetyków, wymagające szybkiej orjentacji, natychmiastowego przeprowadzenia badań laboratoryjnych, doraźnej interwencji lekarskiej, w praktyce nie stanowią rzadkości. Dlatego też omawiany temat wydaje nam się aktualnym i pozwalamy sobie na podstawie naszego materjału przeważnie szpitalnego, wysnuć następujące wnioski praktyczne:

1) Przy różniczkowaniu stanów śpiączkowych u diabetyków należy pamiętać i o *coma hypoglycaemicum*, które zdarza się częściej, niż przypuszczano dotychczas, zwłaszcza u dzieci.

2) Śpiączka hipoglikemiczna występować może współcześnie z kwasicą (przypadek nasz).

3) W przypadkach śpiączki cukrzycowej, wymagających dużych dawek insuliny, wskazane jest jednoczesne stosowanie cukru gronowego w celu uniknięcia hipoglikemji.

4) Specjalna ostrożność w stosowaniu insuliny wskazana jest u osób, które przedtem nigdy insuliny nie otrzymywały i mogą reagować na pierwsze dawki insuliny nagłym spadkiem cukru we krwi.

5) Pomocniczy personel szpitalny, sami pacjenci, zarówno jak i ich najbliższe otoczenie winni być pouczeni przez lekarza co do pierwszych objawów hipoglikemji i środków zaradczych.

LISTY DO REDAKCJI.

O ćwiczeniach anatomicznych studentów medycyny.

W liście ogłoszonym pod powyższym nagłówkiem w Polskiej Gazecie Lekarskiej (Nr. 41, 1931) p. Dr. Fels poruszył problem trudności związanych z brakiem zwłok dla prosektorjów anatomicznych i wysnuł — na podstawie niewielu przesłanek — wnioski, które w jego przekonaniu mogłyby załatwić pozytywnie tę kwestję.

Wprawdzie nie jestem zainteresowany bezpośrednio przedmiotem poruszonym, jednak ośmielam się zabrać głos w tej sprawie, ponieważ uważam, że argumenty p. Dra Felsa są nierzeczowe i że mogłyby skierować dalszą dyskusję na tory drugorzędne, bez zasadniczego znaczenia dla właściwego problemu a niebezpieczne ze względu na możliwość wytworzenia precedensu do podobnego rozpatrywania studjów przyrodniczych w ogólności.

Z braku doświadczenia własnego nie czuję się na siłach do omawiania spraw związanych z brakiem materjału czy to do ćwiczeń w technice sekcyjnej czy do ćwiczeń sekcyjnych czy też do samych sekcyj anatomo-patologicznych. Natomiast mogę uważać się za uprawnionego do przedstawienia osobistego zapatrywania na kwestję zastosowania sposobów nauczania anatomji opisowej do ilości materjału prosektoryjnego. Wprawdzie p. Dr. Fels jest zdania, że rozstrzygnięcia tego problemu nie należy „poruczać jedynie anatomom, gdyż wyrok z ich strony nie będzie napewno bezstronny", jednak przekonany jestem, że nie będzie oponował przynajmniej przeciw zabraniu głosu przez nich w myśl zasady *audiatur et altera pars*, przed tem rzekomem ostatecznem rozstrzygnięciem, tem bardziej, że będzie miał tu sposobność do ewnetualnej zmiany poglądów na sprawę poruszoną przez się ze stanowiska bezstronnego.

Pominę tu zupełnie zasadniczą kwestję braku zaufania ze strony p. Dra Felsa do bezstronności specjalistów w wyborze metod i zakresu ćwiczeń dla kształcenia studentów, jak i kwestję autonomicznych praw profesorów wyższych uczelni do zupełnej swobody w wyborze tych metod, praw zagwarantowanych wiekową tradycją i niedawno znowu rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej (Dz. U. R. P. Nr. 24. z 6. III. 1928 r. poz. 204, art. 15). Pozwolę sobie tylko zaznaczyć, że, w związku z temi prawami, rozstrzygnięcie poruszonego przez p. Dra Felsa problemu należy obecnie wyłącznie do owych specjalistów, których p. Dr. Fels chciałby od wydania owego rzekomego stronniczego wyroku usunąć.

Na podłożu wspomnianych praw anatomowie mogliby przejść do porządku dziennego nad poruszonym problemem stosunku materjału do ćwiczeń prosektoryjnych, jako problemem zasadniczo już załatwionym i niepodlegającym dyskusji. Jeżeli zabieram tu głos, to tylko dla sprostowania faktów, przedstawionych, jak sądzę, przez p. Dra Felsa w najlepszej wierze, i oświetlenia szczegółów, z któremi albo nie miał sposobności — tak przynajmniej mógłbym wnioskować z listu — zapoznać się dokładnie w ciągu swych studjów, albo których pamięć zatarła się u niego prawdopodobnie z upływem czasu.

Przedewszystkiem, celem uniknięcia nieporozumień, ośmielam się wystąpić pod adresem p. Dra Felsa z uprzejmą propozycją ścisłego określania t. zw. ćwiczeń anatomicznych, a to z powodu niejasności wynikających przy użyciu nazw odmiennych i oznaczających inny rodzaj ćwiczeń. P. Dr. Fels bowiem pisze w swym liście raz o materjale do ćwiczeń anatomicznych, drugi raz o materjale sekcyjnym lub o materjale do ćwiczeń sekcyjnych, raz o tym do autopsyj, w innem zaś miejscu do ćwiczeń sekcyjnych z anatomji opisowej lub wreszcie do sekcyj naukowych patologicznych, sanitarnych, sądowych i t. d. Początkowo z listu można by odnieść wrażenie, że rozpatrywany jest w nim problem zwłok do ćwiczeń różnego rodzaju. Jednak z ostatniego ustępu listu, gdzie jest mowa o dopuszczeniu studentów do egzaminu z anatomji opisowej, wynikałoby jednak, że p. Dr. Fels rozpatruje tylko kwestję ćwiczeń i materjału do nich w zakresie anatomji opisowej (prawidłowej). Wobec tego w tym ostatnim przypadku należałoby nazywać te ćwiczenia — jak to zresztą powszechnie się czyni — prosektoryjnemi (lub dysekcyjnemi), czyli służącemi do uczenia się normalnej budowy ciała przy pomocy osobistego preparowania zwłok (z dodatkową pomocą podręczników, atlasów, asystentów i profesorów), w odróżnieniu od ćwiczeń sekcyjnych w zakresie anatomji patologicznej (medycyny sadowej), a zaprawiających studentów do wykonywania sekcyj (autopsyj) anatomo-patologicznych lub sądowych.

Z nieścisłego określania ćwiczeń prosektoryjnych i mieszania ich z ćwiczeniami sekcyjnemi prawdopodobnie wywodzi się mylne przekonanie p. Dra Felsa, że „w Ameryce" (gdzie?) „studenci medycyny uczą się anatomji opisowej bez ćwiczeń anatomicznych, tak samo na uniwersytetach francuskich, gdzie profesor lub jego asystenci wykonywują sekcje" (sekcje anatomo-patologiczne czy ćwiczenia prosektoryjne?), „demonstrując anatomję" (jaką?) „grupom studentów". Dr. Fels nie odróżnia tu nietylko ćwiczeń prosektoryjnych od sekcyjnych, lecz nawet tych ostatnich od sekcyj anatomo-patologicznych. Jak wiadomo bowiem, na całym świecie, a więc i w Ameryce i Francji i Polsce, właściwe sekcje anatomo-patologiczne w obrębie wydziałów lekarskich wykonywane są prawie wyłącznie przez profesorów lub ich asystentów w obecności nietylko studentów, lecz także profesorów i asystentów klinicznych. Tylko ćwiczenia w technice sekcyjnej, a później ćwiczenia sekcyjne, wykonywane są osobiście przez studentów, również w obecności profesorów lub asystentów, przyczem ilość wymaganych ćwiczeń zależy od ilości zmarłych pacjentów klinicznych lub szpitalnych. Natomiast ćwiczenia w anatomji opisowej (prosektoryjne) zarówno we Francji jak i w Stanach Zjedn. Półn. Ameryki odbywają się zawsze na zwłokach i to w sposób, który (zwłaszcza w U. S. A.) służyć mógłby niekiedy za wzór instytutom europejskim.

Z tego ostatniego powodu i z powodu niesłusznych zapatrywań p. Dra Felsa uważam za pożyteczne podzielić się niektóremi spostrzeżeniami, jakie miałem sposobność poczynić osobiście w czasie mego 8-mio miesięcznego pobytu w U. S. A. Na 80 tamtejszych wydziałów lekarskich (z liczbą około 18.000 studentów) siedemdziesiąt zaliczonych jest przez *Council on Medical Education* i przez *American Medical Association* do t. zw. Klasy A. Z tych 70 tylko piętnaście pozyskało opinję jako szkoły o najwyższym poziomie pod względem nietylko nowoczesnego kształcenia lekarzy-praktyków lecz również — co ważniejsze dla wiedzy lek. — przygotowywania młodych adeptów do badań naukowych. Szkoły te wychodzą z zasadniczego założenia, że do studjów lekarskich nie jest się w stanie zastosować ustalonego zgóry szematu (standardyzacji) metod nauczania, gdyż choroby, z któremi przyszły lekarz będzie miał do czynienia, nie przedstawiają również ustandardyzowanego problemu (każdy chory przedstawia oddzielny indywidualny problem leczniczy). Zadaniem szkół najwyższego typu jest wobec tego przygotowanie przyszłych lekarzy do opanowywania trudności, wywołanych odmiennością każdego nie grupowego a przedewszystkiem indywidualnego zagadnienia chorobowego zosobna. Tylko szkoły, których wyłącznem zadaniem jest kształcenie rutynowanych praktyków-lekarzy, mogą poprzestać na uczeniu studentów (przy pomocy wykładów, podręczników i minimalnej liczby ćwiczeń praktycznych), tych wiadomości, które należą już do przeszłości. Natomiast szkoły, których naczelnem hasłem jest postęp wiedzy lekarskiej, muszą rozwijać działalność pedagogiczną i naukową w szerszym zakresie.

W takich szkołach lekarskich najwyższego typu nauczanie anatomji, fizjologji, patologji i bakterjologji stało się właściwie środkiem do badań w obrębie pracowni. Student studjuje tu nie pod nadzorem lecz wspólnie z profesorami. W studjach takich najidealniejszym podręcznikiem lub atlasem jest sam badany organizm i jego objawy życiowe, a najwyższym celem pedagogicznym przygotowanie studentów do nieustannego uczenia się tego podręcznika i obserwowania tajników, ukrytych w metodach, któremi jest on napisany. Nie oznacza to, że w szkołach tych nie używa się podręczników drukowanych. Przeciwnie, podręczników jest tu mnóstwo, lecz przedewszystkiem dużo właściwego materjału do studjów z pomocą b. licznego personelu pedagogicznego. Jako przykład niech służy *Johns Hopkins Medical School* w Baltimore z 294 studentami (w tem 78 z ukończonemi studjami przyrodniczemi) i 237 osób liczącem gronem nauczycielskiem (daty z r. 1924/25). Na każde z 4 lat studjów przypada tu tylko około 75 studentów. Rok szkolny trwa 33 tygodni. Studja anatomiczne (prawidłowa anatomja) odbywają się przy pomocy 1 profesora zwyczajnego i 3 nadzwyczajnych (*associate* lub *assistant professor*) wyłącznie na zwłokach. Każdy z profesorów przyjmuje pod swą stałą opiekę przez przeciąg całego roku najwyżej po 16—20 studentów, którym przydziela się na ten okres po 8—10 nierozkawałkowanych zwłok (dla każdej dwójki 1 zwłoki!). Praca w prosektorjum trwa przez 2 trymestry t. j. 22 tygodni, codziennie od 9—13 przedpołudniem (w soboty do 12-tej). Niema tu wykładów na wzór europejski, t. zw. wykładów systematycznych, codziennych, odbywanych przez kierownika zakładu dla wszystkich studentów naraz. Odbywają się natomiast sporadyczne wykłady ogólne z zakresu badań naukowych. Niema tu również muzeów anatomicznych z preparatami do użytku studentów. Nauczanie i uczenie się prawidłowej budowy ciała, przy pomocy osobistego preparowania zwłok i ciągłego tłumaczenia stosunków anatomicznych przez profesora współpracującego przez cały czas z jedną z grup studentów, koncentruje się w prosektorjum. O bogactwie materjału zapasowego do ćwiczeń prosektoryjnych świadczyć może olbrzymia lodownia tego zakładu, mieszcząca stale około 400 nierozkawałkowanych zwłok, zakonserwowanych wprost idealnie. Naturalną jest rzeczą, że wyniki osiągnięte w tych warun-

kach muszą być lepsze, aniżeli w uczelniach europejskich. Zupełnie podobne stosunki miałem sposobność oglądać i w innych uczelniach amerykańskich, n. p. w *Yale University School of Medicine* w New Haven (187 studentów z 40 dyplomowanymi przyrodnikami, 139 członków personelu pedagogicznego, baseny na kilkaset całych zwłok), w *Harvard University Medical School* w Bostonie (506 studentów z 108 dyplom. przyprodnikami, 322 osoby grona nauczycielskiego, również baseny z zwłokami), w *Cornell University Medical College* w New York City (262 studentów z 57 dyplom. przyrodnikami, 193 członków ciała pedagogicznego i również baseny z olbrzymią liczbą zwłok), w *Columbia University College* w New York City (397 studentów z 80 dyplom. przyrodnikami, 343 osób personelu nauczyc. i duże zapasy zwłok). Według informacyj otrzymanych tamże stosunki w tym względzie zasadniczo są takie same w innych instytutach anatomicznych. Również we Francji studja w anatomji opisowej nie odbywają się bez osobistej preparacji na zwłokach. W Paryżu n. p. zużywa się rocznie około 1000 zwłok.

Wychodzi się bowiem i tu i tam z założenia, że nauczenie się normalnej budowy ciała bez osobistych studjów na zwłokach jest niemożliwe. Podobnie zresztą jak niemożliwe jest nauczenie się innych gałęzi nauk przyrodniczych, n. p. zoologji, botaniki, geologji, chemji, fizyki, a nawet geografji, tylko z podręczników lub atlasów. Zapewne p. Drowi F e l s o w i jest wiadome, że już przed wojną także w szkołach powszechnych wprowadzono przymus nauczania przyrody na przykładach z natury, przeważnie poza obrębem pracowni przyrodniczych, i zabroniono scholastycznego nauczania z rycin, jako nietylko nieprowadzącego do celu lecz wypaczającego pojęcie o istotnym stanie rzeczy. Nie zamierzam przez to powiedzieć, że uważam za wskazane uczenie przyrody w szkołach powszechnych lub średnich przy pomocy ćwiczeń prosektoryjnych i eksperymentów na zwierzętach żywych, co jest zresztą ze słusznych względów tam wzbronione. Jednak nie mogę również nie podkreślić, że jest to konieczne w szkołach najwyższego typu. Chyba, że zamierzałoby się poziom tych ostatnich szkół sprowadzić do platformy szkół zawodowych niższego rzędu, jeżeli nie do szkół powszechnych.

Z tych powodów niezrozumiałe jest dla mnie kwestjonowanie ze strony p. Dra F. potrzeby ćwiczeń prosektoryjnych, które on uważa dziś już za imanie się tylko przeżytej tradycji. P. Dr. F. przeoczył fakt, że jest to tradycja w naukach przyrodniczych niebardzo stara i że dopiero w najnowszych czasach poczyna, dzięki rozwojowi nauk eksperymentalnych i badaniu ciała żywego, nietkniętego, n. p. przy pomocy promieni X, wspinać się na wyżyny do niedawna nieosiągalne. Na dowód różnicy w sposobach prowadzenia ćwiczeń prosektoryjnych także i w Polsce dawniej i dziś, niech mi wolno będzie użyć ustępu z omawianego listu p. Dr. F.: „I w rzeczywistości uczymy się anatomji bardziej skomplikowanych szlachetnych" (czy są w organiźmie człowieka i nieszlachetne?) „narządów, jak ucha, oka, nosa, narządów płciowych i t. p. z preparatów i rysunków, gdyż preparowanie ich należy do specjalnej umiejętności i jest połączone z trudnościami i długiem, mozolnem przygotowaniem się". (Prawdopodobnie ma autor na myśli preparaty muzealne, z których uczył się w ciągu swych studjów). Wynikałoby z tego zdania, jakoby p. Dr. F e l s nie wiedział, że od szeregu lat uczymy się budowy wymienionych narządów nie z gotowych i przez kogo innego sporządzonych preparatów a na zwłokach osobiście przez się preparowanych, podczas t. zw. ćwiczeń prosektoryjnych z uzupełnieniem ćwiczeniami histologicznemi. Wprawdzie preparowanie ich połączone jest z trudnościami, jednak nabycie umiejętności pokonywania tych ostatnich jest właśnie jednem z głównych i ogólnych zadań nauczania lekarskiego, ważniejszem zresztą, aniżeli mniej wartościowe wyuczenie się na pamięć odgałęzień tętnic, nerwów lub przyczepów drobnych mięśni. Dzisiejsze preparowanie tych narządów w prosektorjum nie wymaga długiego i mozolnego przygotowania się, jak wyobraża sobie p. Dr. F. a to choćby z tej przyczyny, dla której zorganizowano ćwiczenia prosektoryjne. Te ostatnie bowiem służą jako środek, a nie cel, do uczenia się budowy ciała na zwłokach w prosektorjum, a nie w domu, przy pomocy podręczników i personelu pedagogicznego, do oglądania części ciała w ułożeniu naturalnem, co jest możliwe tylko podczas preparowania osobistego a wykluczone na gotowych już i choćby najlepszych preparatach, do ćwiczenia pamięci wzrokowej lekarskiej i takiegoż czucia w ogólności i wreszcie do wyrabiania zmysłu krytycznego w odniesieniu do opisów podręcznikowych a stanu faktycznego na zwłokach, w szczegółach prawie zawsze odmiennego od przyjętej normy.

Są to względy, z powodu których kierownicy zakładów anatomicznych opisowych nie pozwalają zwykle korzystać studentom 1—2 roku studjów ze zbiorów muzealnych, za wyjątkiem kośćców. Preparaty gotowe mogą służyć tylko bądź do demonstrowania wykładów bądź do przypominania i odświeżania zatartych obrazów pamięciowych, nabytych jednak poprzednio w czasie osobistego preparowania w prosektorjum. Są prócz tego inne powody, dla których preparatów gotowych nie użycza się studentom. Sporządzenie ich bowiem wymaga nietylko czasu (niekiedy kilku miesięcy) i trudu, ale i specjalnych umiejętności, nie mówiąc o potrzebnej do tego liczbie rąk, których w naszych warunkach jest zawsze mniej, niż wymagają konieczności. Natomiast nieumiejętność obchodzenia się z nimi jest tak wielka, że zwykle preparaty takie ulegają zniszczeniu w przeciągu kilku minut ze strony studentów, zwłaszcza tych, którzy cierpią na animozję do pracy prosektoryjnej i nie oceniają ich wartości. W tych warunkach, gdyby to nawet było wskazane ze względów pedagogicznych, nie byłoby na świecie zakładu anatomicznego, któryby był w stanie nastarczyć preparatów gotowych studentom, zwłaszcza dzisiaj po smutnych doświadczeniach w tym przedmiocie. Jak wiadomo bowiem, w niektórych instytucjach bardzo cenne zbiory uległy w ten sposób zniszczeniu, dzięki (na szczęście należy to już do przeszłości) istnieniu niewinnej spółki bez odpowiedzialności między woźnym zakładu a studentami uczącymi się do egzaminów.

Z przedstawionych szczegółów wysnuć można wnioski, które będą wręcz przeciwne do przekonania wyrażonego w zdaniu p. Dra F.: „prawdą jest..., że w dzisiejszych warunkach student medycyny może nabrać b. ścisłych wiadomości anatomji bez osobistych ćwiczeń sekcyjnych" (zapewne prosektoryjnych) „i że właściwie tak się dzieje. Posiadamy bowiem dla wszystkich narządów ludzkich tak doskonałe preparaty" (ale niedostępne studentom) „bądź naturalne bądź też sztuczne, a nasze liczne atlasy i zdjęcia anatomiczne zrobione z natury są tak doskonałe i dla każdego łatwo przystępne, że student naprawdę może wyuczyć się anatomji bez własnoręcznych ćwiczeń anatomicznych". W to ostatnie śmiem wątpić na podstawie długoletnich doświadczeń ze strony licznych anatomów, doświadczeń potwierdzonych mojemi własnemi, choć krótkiemi. Wprawdzie studenci w tych warunkach nabywają podziwienia godną pamięciową znajomość drukowanego podręcznika (z możnością podania strony i ryciny odnośnie do danego szczegółu anatomicznego), jednak nie mają najmniejszego pojęcia w odniesieniu do materjalnej budowy ciała i nie są w stanie zademonstrować zdobytych wiadomości abstrakcyjnych na przedmiocie materjalnym nawet w grubych szczegółach, nie mówiąc tu o błędnych wprost wyobrażeniach, jakie nabywają przy „wykuwaniu na blachę" wiadomości podręcznikowych bez kontrolowania ich na organiźmie.

W związku z tem ośmielam się zapytać p. Dra F., czy nie zauważył niekonsekwencji, popełnionej przez siebie, a istniejącej między zdaniem jego powyżej przytoczonem a następującem: „Prawdą jest..., że w krajach orjentalnych, gdzie nie uczą anatomji na zwłokach ludzkich, wiedza i sztuka lekarska nie osiągnęły tak wysokiego poziomu rozwojowego, jak u nas na zachodzie". Jak w takim razie możnaby wytłumaczyć, że na wschodzie wiedza lekarska nie osiągnęła wysokiego poziomu, a u nas mogłaby go osiągnąć w tych samych warunkach, t. zn. bez własnoręcznych ćwiczeń anatomicznych? Można zapewnić p. Dra F., że w razie zaniechania osobistych ćwiczeń prosektoryjnych poziom naszej wiedzy lekarskiej w krótkim czasie zrównałby się z tym wschodnim. Na podstawie przytoczonych uwag wydaje mi się, że dalsze zdania p. Dra F. są również nieoparte na rzeczywistości. Odnosi się to do ustępu: „Uprzytomnijmy sobie, jak przeciętny student medycyny przystępuje do ćwiczenia anatomicznego i jakie z niego odnosi korzyści. Albo nie jest on jeszcze przygotowanym do sekcji i robi tylko swój preparat, bo przyszła na niego kolej, albo zna (!) on już dobrze budowę anatomiczną danej części ciała, i wówczas chce się jak najprędzej pozbyć swego przepisowego preparatu; w obu razach więc niewiele z swej sekcji się nauczył, bo naprawdę wyuczył się anatomji z gotowych preparatów i z atlasu anatomicznego". Faktycznie student ani nie ma legalnego dostępu do gotowych preparatów przed lub w czasie ćwiczeń prosektoryjnych ani nie jest w stanie poznać nawet powierzchownie budowy ciała z atlasu ani też poza uczęszczaniem na wykłady nie jest zmuszony przygotowywać się specjalnie do ćwiczeń. Wystarczy zupełnie, jeżeli weźmie żywy udział w samych ćwiczeniach i będzie się uczył wyłącznie w prosektorjum przy pomocy grona nauczycielskiego i podręcznika. Na studentów, którym się zdaje, że znają już dobrze budowę ciała przed rozpoczęciem studjów w prosektorjum i którzy pragną pozbyć się przepisowych preparatów czyli pozbywają się możności poznania budowy ciała, jest rada w postaci nieudzielenia poświadczenia frekwencji z ćwiczeń. Trudniejsza jest sprawa w stosunku do dyplomowanych lekarzy, którzy są przekonani, że studentom takim wyrządza się krzywdę. Z następnem zdaniem p. Dra F. zgodzą się wszyscy: „...każdy lekarz przyzna mi rację, jeżeli twierdzę, że z regulaminowych ćwiczeń sekcyjnych dziś chyba nikt nie przysporzy sobie sprawności i techniki operacyjnej. Kto chce zostać operatorem, musi inaczej się ćwiczyć na zwłokach, albo na zwierzętach, wykonując operacje przygotowawcze". (Tu już więc uczenie się z podręczników i rycin dosko-

nałych, chirurgicznych nie wystarczy). Anatomowie zgodzą się z tem twierdzeniem, ponieważ nigdy nie oświadczali, jakoby ćwiczenia prosektoryjne miały wiele wspólnego z techniką operacyjną.

Szwankuje również analogja przeprowadzona przez p. Dra F. między ćwiczeniami sekcyjnemi (anatomo-patologicznemi) a prosektoryjnemi. Autor listu twierdzi, że, ażeby być dopuszczonym do egzaminu (czy o to mu chodzi, a nie o należyte wykształcenie studentów?) z anatomji patologicznej lub medycyny sądowej, wystarcza studentowi tylko jedno ćwiczenie sekcyjne. Osobiście wydaje mi się to w braku materjalu sekcyjnego możliwe, jeżeli tylko p. Dr. F. ma na myśli ćwiczenie osobiście przerobione w technice sekcyjnej, ale z dodatkiem uczęszczania bardzo pilnego na właściwe sekcje anatomopatologiczne, wykonywane przez profesora lub asystentów. Samo bowiem wykonanie techniczne sekcji nie przedstawia zbyt wiele trudności tym studentom, którzy znają dokładnie normalną budowę ciała, i jest nie ostatecznym celem anatomji patologicznej a środkiem do celu daleko ważniejszego t. j. do rozeznawania zmian chorobowych w narządach ciała. Tych zmian zaś nauczyć się można nie na ćwiczeniach w technice sekcyjnej a na samych sekcjach, przez bardzo częste oglądanie części wyjętych nawet przez kogo innego. Również i tu niema mowy o wyuczeniu się tych zmian z podręczników i atlasów lub gotowych preparatów muzealnych. Dopuszczenie do egzaminu z anatomji patol. uwarunkowane jest nietylko wykonaniem jednego ćwiczenia w technice sekcyjnej ale co ważniejsze wymaganą frekwentacją na sekcje. Oglądanie osobiste na świeżych zwłokach jest warunkiem *sine qua non* tu i tam. Odmienne są tylko w szczegółach zadania obu anatomij i wskutek tego odmienne metody nauczania. Wniosek p. Dr. F., wyprowadzony z mylnie zrozumianej analogji dwu anatomij i zalecający ograniczenie również ćwiczeń prosektoryjnych bez uszczerbku dla wykształcenia studentów, wobec tego nie wytrzymuje krytyki.

W jednym z końcowych ustępów swego listu p. Dr. F. powołuje się na dwa nowoczesne czynniki, (oglądanie żywego organizmu w czasie operacyj przez chirurgów i promienie X), dzięki którym uczymy się budowy ciała i prostujemy niejedno mylne pojęcie dotychczasowej anatomji na trupach. Autor ma zupełną słuszność, jeżeli bierze pod uwagę w myśl haseł postępu wiedzy lekarskiej w szczególności, a nauk przyrodniczych w ogólności, stałe rozszerzanie nabytych wiadomości przez specjalistów lekarzy lub ludzi pracujących naukowo. W jakim zakresie jednak miałoby to się odnosić do początkujących studentów 1—2 roku studjów, zwłaszcza w związku z ograniczeniem ćwiczeń prosektoryjnych? Czyż jest do pomyślenia, aby studenci 1 i 2 roku mogli uczyć się normalnej budowy ciała na operowanym pacjencie, nie znając dokładnie jego części składowych? Albo czyż jest możliwe, aby nienależycie w czasie studjów wykształcony lekarz uzupełniał zasadnicze braki anatomji normalnej dopiero w czasie operacji? Nie przypuszczam, aby autor w ten sposób sobie tę sprawę przedstawiał. Gdzieżby miał się uczyć anatomji prawidłowej w takim razie internista, neurolog, i t. p. Czyżby wreszcie żywy pacjent przedstawiał mniejszą wartość niż zwłoki? Odnośnie do promieni X nie ulega najmniejszej wątpliwości, że oddają one i lekarzom-praktykom i badaczom naukowym nieocenione usługi. Dzisiejszy anatom posługuje się niemi tak samo chętnie jak tradycyjną preparacją. Ale cóż wspólnego mają one z poruszonym przez p. Dr. F. problemem ćwiczeń anatomicznych. Chyba tylko to, że wymagają rozszerzenia tych ostatnich także dla potrzeb rentgenologji. Przecież wyznawanie się w obrazach rentgenowskich, które są rzutami brył na płaszczyźnie, wymaga dziś daleko większej znajomości anatomji i prawidłowej i topograficznej i patologicznej i fizjologji i patologji, aniżeli zachodziła tego potrzeba dawniej. Gdzież więc może być tu mowa o zastąpieniu ćwiczeń prosektoryjnych rentgenologicznemi?

Nie wiem, jak sobie autor listu wyobraża ograniczenie ćwiczeń prosektoryjnych. Najprawdopodobniej przez zmniejszenie t. zw. liczby preparatów, czyli zwolnienie studentów od przymusowego uczenia się w prosektorjum pewnych części ciała. W praktycznem zastosowaniu wyglądałoby to jednak w ten sposób, że jeden ze studentów uczyłby się tylko budowy n. p. głowy i jednej z kończyn, drugi brzucha i kończyny innej, i t. d. Budowy reszty ciała musianoby się wyuczyć, z braku preparatów muzealnych, z podręczników i atlasów. Braki uzupełniałoby się przy pomocy operacji i promieni X, w czasie wykonywania praktyki na pacjentach, a także, co byłoby wskazane, przy pomocy profesorów i asystentów dodanych bezpłatnie każdemu lekarzowi-praktpkowi nawet w odległych miejscowościach.

P. Dr. F. w liście swym nie wymienił innych czynników, które w dzisiejszej epoce mogłyby uzupełnić jego wnioski do tego stopnia, że ćwiczenia prosektoryjne zniknęłyby z widowni. Mam na myśli radjo, film dźwiękowy, gramofon i parlograf, jak również małą fantazję na temat anatomji, przedstawioną uczestnikom Kongresu międzynarodowej Federacji anatomów w Amsterdamie (w r. 1930) przez prof. van Den Broeka. Jak wiadomo, już od kilkunastu lat sporządza się filmy naukowo-dydaktyczne z zakresu fizjologji, embrjologji eksperymentalnej, chirurgji i t. d. W ostatnich czasach poczęto wykonywać także takie filmy dźwiękowe, jak n. p. opublikowany w *Anatomical Record* (1930) w artykule Kellog-Windle'go: *The anatomy of the female pelvis, a cinematographic demonstration with sound*. Połączmy w niedalekiej przyszłości taki film z radjem i telewizją, a otrzymamy urzeczywistnienie wspomnianej fantazji. Oto ona: Ósma godzina rano. Profesor X. nie może odbyć wykładu osobiście, gdyż zajęty jest obserwacją zarodków, które poddał rozwojowi *in vitro*. Wobec tego prosi telefonicznie centralny urząd uniwersyteckich wysyłek naukowych o puszczenie w ruch filmu dźwiękowego Nr. 1313 o topografji serca. Studenci mogą oglądać takie filmy i słuchać wyjaśnień nawet w swych prywatnych mieszkaniach, nie tylko w mieście uniwersyteckiem ale nawet na odległej prowincji. Pozatem mogą oddawać się dowoli sportom i przyjemnościom okresu młodzieńczego i słuchać, w wolnych od tego zajęcia chwilach, wykładów i repetytorjów na cichych falach telegrafji i telewizji bezdrutowej. Spokojny ten tryb życia studenckiego przerywany jest tylko dniem egzaminu. Ten ostatni odbywa się w sposób nowoczesny: pytania stawia gramofon, odpowiedzi odbiera parlograf. Prof. van den Broek zapytuje jednak, czy nauka przygotowana i rozgłoszona tym technicznym sposobem ulegnie przyswojeniu? Z pewnością nie! Fantazję tę zaś przedstawił dlatego, ażeby uczenie się anatomji zabezpieczyć w przyszłości przed użytkiem wynalazków technicznych. Dla badań naukowych przyjmuje się z wielką wdzięcznością wszelkie nowe metody i każdą nową technikę, jeżeli tylko pozwalają zbliżyć się nam jeszcze bardziej do tajemnicy życia, lecz w sposobie uczenia się mogłyby one zastąpić studentom ani trochę osobistych studjów na zwłokach.

Ponieważ wobec tego wszystkiego ćwiczenia prosektoryjne mają dziś o wiele większe znaczenie, niż miały je niegdyś, nietylko nie można ich ograniczać lecz przeciwnie musi się je rozszerzać w zakresie wymaganym przez postęp wiedzy lekarskiej i przez poziom wyższych uczelni lekarskich. Te ostatnie bowiem są, nie szkołami zawodowemi powołanemi do kształcenia praktykujących lekarzy i do patrzenia przez palce na zasadnicze braki w ich wykształceniu, a szkołami naukowemi, których naczelnem hasłem jest postęp wiedzy i przygotowanie adeptów do pracy naukowej. Do postępu wiedzy lekarskiej przyczyniać się może również i nauka o prawidłowej budowie ciała, t. j. anatomja, o której p. Dr. Fels słusznie twierdzi, że posiada ona jeszcze dziś szereg wadliwych pojęć, korygowanych przez obserwację na organiźmie żywym, a o której już Gegenbaur pisał, że jest: *die Lehre vom Bau und der Struktur des lebendigen Körpers* i że wymaga badania organizmu żywego po poznaniu martwego.

Wydaje mi się, że wyjście z sytuacji utrudnionej brakiem materjału prosektoryjnego może być dwojakie: albo zainteresowane sfery lekarskie uświadomią społeczeństwo, bez względu na wyznanie i narodowość, o konieczności dostarczania zwłok do prosektorjów anatomicznych i spowodują normalny dopływ tego materjału albo wydziały lekarskie będą przyjmowały na studja tylko taką liczbę kandydatów, jaka będzie odpowiadała materjałowi prosektoryjnemu. Poziom bowiem wyższych uczelni musi być stale podwyższany a nie obniżany do poziomu szkół zawodowych średnich, bez względu na to, jak to będzie przyjęte przez społeczeństwo nienależycie uświadomione w tym przedmiocie. Ewentualne zmniejszenie liczby nowoprzyjmowanych studentów mogłoby sprowadzić zmniejszenie liczby lekarzy-praktyków i poprawę finansową wyolbrzymionej już dziś liczby praktykującego proletarjatu lekarskiego, z drugiej zaś strony, co jest z płaszczyzny widzenia uczelni wyższych daleko ważniejsze, podnieść poziom wykształcenia młodszego pokolenia lekarskiego.

Prof. A. Bant (Lwów).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

A. Brinchmann: *Rapport sur le 8 premières années d'activité 1922—1930 de la Crèche de Aakebergveien à Oslo.* Wyd. Oslo 1930.

Założony w r. 1922 z inicjatywy Dra Heitmanna, przez sekcję stowarzyszenia przeciwgruźliczego. Posłużono się legatem P. P. Tobias Larsenów (150.000 koron) do czego dodano 70.000 kor. norweg.

Wyboru dzieci dokonuje poradnia przeciwgruźlicza miejska. W programie żłóbka jest przyjmowanie noworodków pochodzących z ognisk zagrożonych gruźlicą i przetrzymywanie do lat trzech. Jednym z warunków przyjęcia dzieci jest reakcja ujemna na tuberkulinę, jednak zdarzały się przypadki z dodatnią.

Żłóbek składa się z willi o dwóch piętrach i dużego parteru, przeznaczonego wyłącznie dla użytku dzieci. Liczba łóżek 40, jednakowoż od drugiego roku założenia zwiększa się stale.

Personal składa się z pielęgniarki naczelnej, asystentki, 2 pielęgniarek zwykłych, 2 służących i 12 uczennic będących na praktyce sześciomiesięcznej, otrzymujących w tymże czasie wskazówki teoretyczne i praktyczne, obejmujące pielęgnację dzieci i choroby dziecięce.

W okresie budżetowym w r. 1929—30 pozycja wydatków żłóbka wynosiła 50.594 koron. Przeciętne utrzymanie dziecka dziennie wynosi około 3 korony, t. j. 7 zł 20 gr.

Dzieci karmione sztucznie od pierwszego dnia. Mleko pobierają z obór kontrolowanych, które przed użyciem podlega pasteryzacji.

Sposób karmienia dzieci, przez pierwszych 5 lat istnienia żłóbka: do 4—5 tyg. karmione zasmażką na maśle Czernego-Kleinschmidta, następnie dodawano mleka zwykłego. Od roku 1928 stosują mleko zwykłe, z dodatkiem tranu i maltyny z polecenia Prof. Fröhlicha.

Od pierwszych dni życia dostają soki z surowych owoców. Od 5. miesiąca i jarzyny jak: szpinak, kalafjor, marchew, przy końcu 9. miesiąca mielone mięso i ryby. Do roku żywione 5 razy na dzień, po roku 4 razy na dzień. Jak statystyka wykazała, wyniki tego żywienia były dobre.

Przez cały rok dzieci większą część dnia przebywały na powietrzu, w lecie w ogrodzie, w zimie w futrzanych workach werandowały. Temperaturę mierzono 2 razy dziennie rektalnie.

Dzieci odwiedzane są w 1. i 3. niedzielę każdego miesiąca, odbywa się to w specjalnie do tego przeznaczonym pokoju, z tem że dzieci pozostają na rękach swoich opiekunek i bezpośrednio nie stykają się z rodzicami odwiedzającymi. Od czasu do czasu podlegają próbom tuberkulinowym Pirqueta i Mantoux. Po wyjściu z żłóbka mają zgłaszać się 2 razy do roku do kontroli. Czystość i higjena stoi bardzo wysoko: bieliznę, gąbki, szczotki do zębów, termometr i szklankę każde z dzieci ma osobne i często zmieniane.

Każda pielęgniarka odpowiada za dzieci jedynie sobie powierzone. W razie rzadko zdarzających się wypadków zakaźnych dzieci podlegają odosobnieniu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób zakaźnych. Stolce i mocze badane są co 15 dni.

Zimową porą bywają naświetlane lampą kwarcową. 15—20 przeciętna ilość seansów. W ostatnich trzech latach, 47 dzieci zostało zaszczepionych szczepionką B. C. G.

Przez 8 lat przeszło przez zakład 85 chłopców, 82 dziewczynki, wyszło 73 chłopców, 61 dziewczynek, zmarło 2 chłopców, 3 dziewczynki. Na 139 dzieci, które opuściły zakład, stan zdrowia jest dziś następujący: 107 bardzo dobry, 25 średni, 7 zły.

Ochrona ta ma być powiększoną w roku bieżącym kosztem 225.000 koron o dalsze 40 łóżek. Broszura posiada szereg ilustracyj.

H. Romanowska.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Couvelaire, Lemierre, Lenormant: *Pratique medico-chirurgicale.* Paris, Masson et Cie 1931. T. 8. 1.100.— fr. fr.

Jedyna w swoim rodzaju encyklopedja lekarska, wydana poraz trzeci w 8-miu luksusowo wyposażonych tomach.

Pierwsze wydanie ukazało się w roku 1907 pod redakcją Brissauda, Pinarda i Rectusa.

Dzieło, w którem lekarz może znaleźć wszystko według alfabetycznego podziału, jest przeznaczone szczególnie dla medycyny praktycznej; stąd też działy rozpoznawania i leczenia są opracowane wzorowo i dokładnie, dają lekarzowi praktykowi możność szybkiego i dostatecznego zorjentowania się w danym dziale.

Mimo, że przeznaczenie dzieła jest praktyczne, znajdujemy w niem prócz dokładnego omówienia części dla praktyka najważniejszych, także szczegóły o charakterze ściśle naukowym, a nawet historycznym. Wszystko to nadaje omawianej encyklopedji charakter prawdziwie wszechstronny.

Opracowanie poszczególnych działów stoi na wysokim poziomie dzięki racjonalnemu podziałowi pracy między licznych a wybitnych współpracowników (ponad 150-ciu), tak, że strona fachowa poszczególnych działów jest dostatecznie uwzględniona.

Znaczenie praktyczne encyklopedji jest tem większe, że między innemi uwzględnia ona sprawy społeczne, medyczno-prawne, ubezpieczeniowe i t. d. Obecnie w dobie rozległego i ciągle wzrastającego uprzemysłowienia, wzmaga się liczba wypadków przy pracy; w łączności z tem spada na lekarza większa odpowiedzialność za wykonanie ekspertyzy, wystawienie świadectwa, określenie niezdolności, oznaczenie zależności schorzenia od wypadku i t. d.

Jeszcze jeden czynnik podnosi wartość praktyczną encyklopedji, a mianowicie wyczerpujące omówienie środków farmakologicznych, ich chemji, działania, warunków zatrucia i zapobiegania temuż, wreszcie praktycznego ujęcia receptury.

Nie możemy jednak pominąć pewnych niedokładności pod względem ułożenia przedmiotu, niedokładności wynikłej z pracy nadmiernej liczby współpracowników. Stworzenie pewnej jednolitości w ujęciu i kompozycji tak dużego dzieła może uskutecznić lekarz o wszechstronnej wiedzy, nadzwyczajnej energji i poświęceniu; jest nim bezwątpienia p. Ravina, sekretarz generalny encyklopedji. Mimo jego wysiłków powstały pewne luki naprz. *„Spondylitis tbc."* szukam pod *„Tuberculose"*, znachodzę gruźlicę płucną, dziecinną i t. d.; pod *„Spondylite"* widzę tylko *spondylitis traumatica*, przyczem żadnej uwagi skierowującej czytelnika w inne miejsce; również pod *„Ostéite tuberculose"* żadnej wzmianki; dopiero pod *„Mal de Pott"* znachodzę właściwy opis. Należało dać odnośniki w wymienionych miejscach jak to uczyniono przy schorzeniach oznaczonych nazwiskami autorów, odsyłając czytelnika do nazw według schorzeń; dziwnem się wydaje że schorzenie Potta uznano za schorzenie, wymagające wyodrębnienia z grupy gruźlicy.

Należy podnieść uzasadnione wyposażenie dzieła w liczne objaśniające szkice i rysunki, unikając o ile możności zdjęć oryginalnych.

Dzieło to mające na celu umożliwienie szybkiej orjentacji lekarza w całokształcie medycyny, jest dla każdego koniecznie potrzebne.

Przepiękna oprawa i niska cena, bo 1100 fr. za ośmio-tomowe dzieło o 8.500 str. druku, zachęci zapewne każdego do nabycia.

Janik (Iwonicz).

Gaston Durand et M. E. Binet: *La typhlo-cholecystite.* Médécine et chirurgie pratiques. Masson et Cie. Paris 1931. Str. 152. Cena 16 fr. fr.

Zapalenie woreczka żółciowego zwykło się rozpoznawać i leczyć oddzielnie od spraw zapalnych jelita ślepego. Istnieje jednak niewątpliwie spory odsetek przypadków chorobowych, zasługujących na nazwę *„typhlo-cholecystite"* zwłaszcza, jeśli zasięg tejże rozszerzymy na całość dróg żółciowych (także pozawątrobowych) oraz na prawostronną część jelita grubego, a nie będziemy ograniczać jej wyłącznie do kiszki ślepej i woreczka żółciowego.

Przypadki takie oznaczano przedtem bądźto jako zapalenie okrężnicy po stronie prawej (*colites droites)*, bądź jako przypadłości wątrobowożółciowe w przebiegu kataru jelita cienkiego, bądź też jako nieżyt jelita cienkiego i grubego powikłany kamicą żółciową.

Rozpatrywanie tych spraw chorobowych łącznie jako jednolitego kompleksu należy uznać za pożyteczny i praktyczny pomysł.

W części pierwszej książki autorzy podają historję rozwoju i definicję pojęcia *„typhlo-cholécystite"* oraz rozważają etjologję i patogenezę tego zespołu chorobowego. Drugą część tworzy studjum kliniczne. Ze względów dydaktycznych wyróżniają dwa działy: zapalenie woreczka żółciowego, połączone z zajęciem wyrostka robaczkowego oraz stan zapalny woreczka żółciowego przy jednoczesnym katarze jelita ślepego *(l'appendiculo-cholécystite et la typhlo-cholécystite)*. Każdy z tych działów rozpada się na dwa poddziały zależnie od rozwoju ostrego lub przewlekłego. W części trzeciej omawiają autorzy leczenie, które dzielą na wewnętrzne i chirurgiczne. Leczenie internistyczne obejmuje 1) dietetykę pokarmową, 2) higjenę ogólną, 3) leki farmakologiczne, 4) fizjoterapję oraz 5) leczenie wodami mineralnemi. Następnie kreślą autorzy wskazania i wyniki leczenia chirurgicznego, jako też pooperacyjne leczenie wewnętrzne.

Całość wypada zajmująco ze względu na sposób ujęcia tematu przez autorów.

Dr. A. Finkel (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VIII, nr. 43, z 22 października 1931: N. Zandowa: Barjera ochronna oponowa a układ siateczkowo-śródbłonkowy. — A. Płońskier: O powstawaniu zakrzepów w sercu. — St. Hirszberg: W sprawie etjologji osutki pęcherzykowej rąk (dysidrosis) (streszcz. pogl.). — St. Adamowiczowa: Wyludniająca się wieś europejska (dok.).

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 43, z 25 października 1931: J. Filipczak: Sporysz. Secale cornutum. — Sprawy zawodowe.

Medycyna, Nr. 20, z 21 października 1931: W. Filiński: Niewydolność serca i zaburzenia w krążeniu. — W. H. Melanowski: Kilka słów o zaniku nerwów wzrokowych pochodzenia przysadkowego. — A. Ławrynowicz: Pasteryzacja mleka, jej znaczenie epidemjologiczne. — S. Sterling-Okuniewski i E. Grodzieński: Pierwotne nowotwory złośliwe płuc i opłucnej.

Czasopismo Sądowo-Lekarskie, rok IV, nr. 3, z roku 1931: W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1930. — S. Manczarski: Tężec a poronienie. — A. Piotrowski: Zatrucia olejkiem komosowym przy stosowaniu lecznicze. — S. Manczarski: Z kazuistyki ran postrzałowych. — S. Postołko: Zmarznięcie czy zaduszenie. — B. Wejnberg: Niezwykły przypadek kombinowanego samobójstwa męża, poprzedzony zabójstwem żony.

Przegląd Weterynaryjny, rok XLIV, nr. 10, za październik 1931: F. Schwarz: Doświadczenia nad znieczulaniem dordzeniowem u psów i kotów. — I. Maternowska: Mięsak rogu macicy u krowy. — F. Fried: Ciekawy przypadek sądowy z dziedziny badań środków żywności. — J. Kwiatkowski: W sprawie projektu prof. Dr. Trawińskiego, dotyczącego stanowiska lekarzy weterynaryjnych w bekoniarniach. — J. Kwiatkowski: W sprawie kontroli i badania mięsa wprowadzonego w obrót, a pochodzącego z innej miejscowości.

Gastrologja Polska, tom III, Nr. 3, z września 1931: W. H. Melanowski: Oko a choroby przewodu pokarmowego. — F. Turyn i Mag. E. Szamesówna: Przyczynek do poznania flory bakteryjnej żołądka.

Dziecko i Matka, rok VI, nr. 20 z roku 1931: M. Morzkowska: Posiłki dzienne. Tablica strawności pokarmów w żołądku. — F. Łuniewska: Szczepienie ochronne w porze jesiennej. — M. Kłosińska: Zapalenie płuc.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Rok VIII, nr. 44, z 29 października 1931: H. Higier: W sprawie patogenezy i terapji hipertonji czyli nadciśnienia tętniczego. — J. Penson: O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzusznego. — Z. Szymanowski: Nowsze wiadomości o chorobie papuziej. (Streszcz. pogl.). — J. Tencer: O stosowaniu perkainy w otolaryngologji. — Z. Szymanowski: Bezrobocie nauki polskiej.

Lekarz Wojskowy, tom 18, nr. 8, z 15 października 1931: St. Marczewski: Czynność wydzielnicza żołądka i trzustki wobec przekwaśności trawiennej. — Wł. Dzierżyński: Układ roślinny i jego zespoły kliniczne. — L. Krzewiński: Toksykologja tlenku węgla. — A. Malinowski: Przypadek morfinizmu. — St. Kon i Z. Markuze: Sprawozdanie z działalności stacji badania wartości odżywczej produktów spożywczych za rok 1930.

Wiadomości Kas Chorych, rok II, nr. 17 z roku 1931: Zarządzenia M. P. i O. S. — Zarządzenia O. P. Z. K. Ch. — Doświadczenia lecznictwa kasowego. — Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. — Higjena pracy i choroby zawodowe. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sprawozdanie z IV-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Zakopanem od 20. IX. do 22. IX. 1931 r.

Dzień I-szy.

Temat biologiczny: „Związek pomiędzy alergją a odpornością w gruźlicy".

1) Kol. Prof. Michałowicz i kol. Popowski (Warszawa). (Referat przeznaczony do druku).

2) Kol. Skibiński (Zakopane). W zjawiskach immunobiologicznych napotyka się na następujące paradoksy: bez przeciwciał normalnych organizm nie mógłby chorować; byłby bowiem pozbawiony wrażliwości pierwotnej na antygeny jadowite, jak i wrażliwości alergicznej na antygeny niejadowite, ale bez tych przeciwciał organizm nie mógłby stać się odpornym na czynnik chorobotwórczy. Mała ilość przeciwciał uczula organizm, a dopiero wielka ilość tych przeciwciał zapewnia organizmowi niewrażliwość na antygen i odporność. Następnie, organizm tem łatwiej może wytworzyć odporność, im mniej jest równocześnie opornym, t. j. obojętnym na wprowadzone drobnoustroje. Im mniej bowiem organizm zawiera grup powinowactwa dla antygenu, to tem mniej ciał odpornościowych może wytworzyć przez proces regeneracji tych grup powinowactwa. Gruźlica jest powodowana przez antygen małowartościowy. Dlatego jest chorobą przewlekłą. Wyleczenie całkowite, któreby doprowadziło do wyjałowienia bakteryjnego, jest w gruźlicy rzadkie, gdyż oporność sokowa, do tego celu potrzebna, jest zazwyczaj za mała. Tylko przy pomocy prątków żywych, obdarzonych pełną żywotnością, można osiągnąć w gruźlicy stosunkowo jeszcze największą odporność. Zazwyczaj odporność w gruźlicy występuje pod postacią alergji, czyli jako odporność tkankowa, która jest więcej przeciwzakaźną, aniżeli leczniczą. Im wartościowszym, t. j. bardziej jadowitym, jest antygen gruźlicy, to tem więcej będzie mógł wytworzyć przeciwciał, tem wybitniejszą sprowadzi alergję, tem większą zapewni organizmowi odporność przeciwzakaźną.

Reakcja przeciwciał z antygenem sprowadza zmiany fizykalnochemiczne w równowadze koloidalnej zarodzi komórkowej, które przedstawiają się jako stan napęcznienia koloidów przy przewadze przeciwciał nad antygenem, a jako stan wytrącenia koloidów przy przewadze antygenu nad przeciwciałami. Te zmiany koloidalne są bodźcem dla tkanek. To też odczyn alergiczny tkanek przedstawiać może całą skalę przejść od stanów niewrażliwości odpornościowej (adiaphoria Gröera, energja pozytywna Hayecka) poprzez rozmaite rodzaje zapaleń, reakcję naczyniową, komórkową, aż do najcięższej postaci anafilaksji miejscowej, t. j. do martwicy. Gruźlica u dorosłych jest najczęściej dalszym ciągiem gruźlicy dziecięcej. Los zakażenia pierwotnego, postać histo-patologiczna zmian chorobowych, jakie to zakażenie sprowadza, zależą od właściwości odpornościowych i opornościowych ustroju zakażonego. Zdaje się, że tak jak odporność polega na ciałach odpornościowych, tak znów oporność polega na wydzielinach gruczołów dokrewnych, hamujących wzrost, przedewszystkiem gruczołów płciowych. Ustrój dziecięcy przedstawia organizm podatny na gruźlicę, jak zarazem zdolny do wytwarzania odporności. Ustrój dojrzały, jako więcej oporny, jest gorszą pożywką dla prątków, ale i mniej zdolnym do wytwarzania odporności. W ustrojach mało opornych, ale zato odpornych, zakażenie pierwotne wystąpi pod postacią zmian wytwórczych, czyli t. zw. gruźlicy właściwej. Cechą zewnętrzną tych osobników jest budowa leptosomatyczna. W ustrojach opornych, zarazem mało odpornych zakażenie pierwotne wystąpi pod postacią suchot płucnych. Cechą zewnętrzną tych osobników jest budowa pykniczna. Terenem uprzywilejowanym, w którym umiejscawiać się będzie zakażenie gruźlicze u osobników mało opornych, są narządy mezenchymalne, takie, jak układ chłonny, śródbłonkowo-siateczkowy, kości, błony śluzowe. Narządy te najdłużej opierają się hamującemu wzrost wpływowi gruczołów płciowych. Ponieważ równocześnie osobnicy ci są zdolni do wytworzenia odporności, przeto nasilenie zmian chorobowych u nich będzie łagodne. U osobników opornych, ale mało odpornych gruźlica będzie okazywać tendencję do zajmowania małych przestrzeni w organie, teren chorobowy będzie się coraz więcej zacieśniał, aż w końcu zwróci się tylko do płuc, gdy ustrój osiągnie wysoką oporność z powodu rozwoju gruczołów dokrewnych hamujących. Równocześnie proces chorobowy będzie odznaczał się tendencją do wytwarzania zmian serowatych, do powstawania ubytków w miąższu płucnym. Płuca dlatego najtrudniej ustrzec od szerzenia, że w nich najłatwiej może przyjść do zaburzeń w krążeniu chłonki i z powodu gorszej kanalizacji, do powstania przewagi antygenu gruźliczego nad przeciwciałami, tem samem do stworzenia warunków usposabiających do wystąpienia zmian chorobowych. Jeżeli zaś chodzi o wnioski praktyczne dla życia codziennego, to z przedstawionych tu wywodów wypływają następujące: dziecko należy chronić przed zakażeniem w pierwszych 2-ch latach życia później zaś dziecko powinno się zarazić, jeszcze przed osiągnięciem dojrzałości płciowej. *Primo,* zakażenia po dojrzeniu są trudniejsze, ale niebezpieczniejsze. Następnie, na urządzanie oddziałów izolacyjnych po sanatorjach przeciwgruźliczych patrzeć należy raczej pod kątem ustępstw czynionych na rzecz przesądów u chorych, aniżeli pod kątem obawy o możliwość zaszkodzenia chorym przez narażanie ich na zakażenie dodatkowe superinfekcyjne. Mierne superinfekcje nietylko nie są niebezpieczne, lecz przeciwnie pożyteczne, gdyż pozostawiają większą odporność, aniżeli zakażenie pierwotne i przyczyniać się mogą do leczenia choroby istniejącej. Nowoczesne lecznictwo gruźlicy płuc powinno pójść po linji zakażania chorych żywemi prątkami. Przyszłe zaś badania doświadczalne winny podążać przedewszystkiem w kierunku bliższego wyjaśnienia wzajemnego stosunku odporności do oporności w gruźlicy. Streszczając przedstawione tu wywody, muszę podkreślić następujące punkty: dobroć antygenu zależy od jego jadowitości t. j. od ilości grup powinowactwa, jakie napotyka antygen w organizmie już przy pierwszym wprowadzeniu do organizmu. Te grupy powinowactwa są przeciwciałami normalnemi i z nich przez proces hiperregeneracji powstają przeciwciała odpornościowe. Różnica pomiędzy pierwotną jadowitością antygenów a wtórną, t. j. zjawiającą się dopiero po uczuleniu organizmu, polega

na tem, że antygen jadowity odrazu przy pierwszem wprowadzeniu do organizmu znajduje dużo grup powinowactwa, podczas gdy antygen niejadowity znajduje tych grup mało, stanie się jadowitym dopiero wtedy, kiedy przeciwciała rozmnożone w nadmiarze nasycą organizm. Stan taki, kiedy przeciwciała wtórnie zwiążą się z zarodzią komórkową tkanek i które dzięki takiemu uczuleniu stają się wrażliwemi na antygen, pierwotnie niejadowity, nazywa się alergją. Alergja jest niejako poronną postacią odporności, jest równocześnie nadwrażliwością i odpornością przeciwzakaźną. Wielka ilość przeciwciał, krążących w sokach ustrojowych, wielka ilość przeciwciał, związanych w komórkach stanowi istotę odporności prawdziwej, sokowej, która daje niewrażliwość na antygen. Organizm może być również niewrażliwy z powodu braku odpowiednich grup powinowactwa względem czynnika chorobotwórczego. Stan taki nazywa się opornością naturalną ustroju, oporność więc będzie przeciwieństwem odporności.

W dyskusji zabrał głos Kol. Popowski (Warszawa), który zaznacza, że ujęcie sprawy przez kol. Skibińskiego jest śmiałe lecz zarazem pociągające, gdyż byłoby w stanie wytłumaczyć szereg zjawisk z dziedziny alergji i oporności. Hamburger w roku 1910 wypowiedział już myśl, że odporność i nadwrażliwość w gruźlicy są końcowym wyrazem działalności jednego i tego samego czynnika. Brokman sądzi, że pożądanem byłoby może określać mianem zjawisk alergicznych tylko te zjawiska, które pociągają za sobą uszkodzenie tkanek na tle powinowactwa tkanek do jadu, natomiast wszelkie odczyny, które mogą sprowadzić do maksimum powyższe uszkodzenie, oraz odczyny przyczyniające się do zniszczenia lub obniżenia szkodliwego działania jadów należałoby zaliczyć do zjawisk odpornościowych. Kol. Skibiński wychodzi z założeń Ehrlicha, lecz w chwili obecnej identyfikowanie ciał odpornościowych tkankowych z ciałami odpornościowemi humoralnemi można przyjąć tylko jako hipotezę. Sprawa powinowactwa jadów do tkanek nie da się wytłumaczyć wyłącznie obecnością lub brakiem tkankowych ciał odpornościowych mogą przyczynić się one do powstawania powinowactwa, lecz nie są wyłącznym czynnikiem decydującym. Są fakty, które jednak upoważniają do przyjęcia większego powinowactwa jadów do tkanek, niż powinowactwa ich do wolnych ciał odpornościowych. O wrażliwości tkanek decyduje powinowactwo ich do tkanek oraz zobojętniające, hamujące tkankowe ciała odpornościowe. Adiaphoria Groëra nie zależy wyłącznie od niewrażliwości odpornościowej w sensie kol. Skibińskiego. Nietylko jady pierwotne są w stanie dać trwałą odporność, lecz również i jady o charakterze raczej alergenów, jak odra i ospa. Należy się również liczyć z możliwością odmiennego reagowania skóry na jady u tkanek innych narządów. Sprawa stwierdzona przez kol. Skibińskiego większej ilości ciał odpornościowych w gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, dających naogół dobre rokowanie, stoi w pewnej sprzeczności z występowaniem w tem cierpieniu wybitnych odczynów wysiękowych (dookoło-ogniskowe nacieczenia). Określanie śmiertelności na 70% wśród dzieci zakażonych w pierwszych 2 latach uważa kol. Popowski za zbyt pesymistyczne. W związku z pracą kol. Skibińskiego o hamowaniu opadania zapytuje, w jaki sposób była oceniana wrażliwość skóry na tuberkulinę, czy były dokonywane badania nad zmianą stanu koloidalnego przy wzajemnem oddziaływaniu toksyn pierwotnych i odpowiednich surowic. Oprócz powyższego zapytuje, czy była określana toksyczność antygenu w tej części preparatów tuberkulinowych, która skierowywała się ku katodzie przy określaniu naboju elektrycznego czynnika uszkodzającego w preparatach tuberkulinowych.

Kol. Skibiński w odpowiedzi na wątpliwości podniesione przez kol. Popowskiego, czy t. zw. paradoksalna reakcja Behringa nie dostarcza dowodu na istnienie wrażliwości tkanek niezależnie od ciał odpornościowych, przyznaje, że pracy oryginalnej Behringa nie czytał, lecz w streszczeniach. To też sam nie mógł nabrać przekonania kiedy stwierdzono obecność przeciwciał we krwi koni, czy w chwili wystąpienia reakcji paradoksalnej, czy dopiero, gdy zwierzę padło. Można bowiem przypuszczać, że nadwrażliwość u koni pod postacią schorzenia charakterystycznego dla działania jadu błoniczego, wystąpiła z powodu stosunkowej przewagi tego jadu nad przeciwciałami normalnemi, związanemi i nierozmnożonemi z powodu zbyt ciągłego wprowadzania dawek, które były zresztą małe. Zanim jednak zwierzę padło z następstw schorzenia, mogło jeszcze rozmnożyć przeciwciała które następnie znajdywano we krwi. Fakt, że alergja skórna nie znika przy prosówce nie przeczy uzależnieniu wrażliwości od ciał odpornościowych, gdyż w każdym wypadku prosówki znajdywał przeciwciała zarówno we krwi chorego, jak i w jego płynie mózgowo-rdzeniowym. Zachowanie się pod względem koloidalnym reakcji antygenów z przeciwciałami badał, posługując się tylko krwią chorych na gruźlicę i świnek uczulonych na białko kurze. Typowych jadów, jak błoniczego, nie udało mu się zdobyć do celów doświadczalnych. W badaniach nad kataforezą antygenu gruźliczego chodziło mu tylko o stwierdzenie nabojów elektrycznych antygenu Besredki, dalszych badań nad zdolnością poszczególnych frakcyj antygenu wywoływania alergji nie przeprowadzał.

Po posiedzeniu uczestnicy Zjazdu zwiedzali sanatorjum nauczycielstwa szkół powszechnych i szpital klimatyczny.

W dniu tym odbyło się poświęcenie ambulatorjum Kasy Chorych, zwane „ośrodkiem zdrowia" i wybudowane kosztem jednego miljona złotych.

Dzień II-gi.

Temat kliniczny: „Kwalifikacja chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w związku z nowoczesnemi metodami badania i leczenia gruźlicy płuc".

Kol. Płk. Stefan Rudzki (Warszawa). Odpowiednie kwalifikowanie do zakładów leczniczych ma znaczenie doniosłe pod względem lekarskim i ekonomicznym. Lekarze sanatoryjni przekonali się, że chorzy kierowani do sanatorjów dość często nie mieli gruźlicy; przeciętnie od 12% do 50% leczono ludzi nieodpowiednich, bo nie mających zmian gruźliczych. Kwalifikowanie chorego gruźliczego do zakładu leczniczego wymaga:

1) ustalenia rozpoznania;

1) stwierdzenia, jakiego leczenia chory wymaga;

3) określenia długości leczenia;

4) uzgodnienia tych wskazań ze środkami materjalnemi samego chorego i jego rodziny lub też subwencją instytucji, obowiązanej do jego leczenia;

5) orjentowania się co do liczby łóżek w odpowiednich zakładach leczniczych;

6) wskazania zakładu odpowiadającego powyższym warunkom.

Rozpoznanie powinno się opierać nietylko na badaniu fizykalnem, lecz bakterjologicznem i serologicznem.

Rozpoznanie musi ustalić, czy chory ma rzeczywiście gruźlicę, czy sprawa jest czynna, czy nieczynna i jaką jest postać gruźlicy.

Wskazane jest aby wszyscy chorzy przeszli i byli zarejestrowani przez Przychodnie.

Pożądane jest, by posługiwano się klasyfikacją Sterlinga, uznaną przez I-szy Zjazd Przeciwgruźliczy w r. 1925.

Leczenie zapobiegawcze stosuje się do tych którzy nie mają jeszcze sprawy czynnej, pochodzą ze środowisk gruźliczych, do podejrzanych o gruźlicę, do chorych po zapaleniach opłucny, po przebytej gruźlicy chirurgicznej i t. d. Niemowlęta pochodzące ze środowisk gruźliczych — poddajemy szczepieniu ochronnemu i izolujemy jak najdłużej.

Chorych na gruźlicę płuc czynną leczymy ambulatoryjnie, w domu i w zakładach leczniczych. Pożądane jest aby w Poradniach dopełniano odmę. Charakter przychodni — jako instytucji zapobiegawczej na wzór Philip'a i Calmette'a powinien być zachowany. W domu i w ambulatorjach (w ambulatorjach ogólnych, kasowych i t. d.) można leczyć tych, którzy mają nieznaczne objawy toksyczne. Zakłady lecznicze dzielimy na sanatorja, szpitale i przytułki. Szpital służy celom obserwacyjnym, segregacyjnym, leczy ostre postacie gruźlicy, obostrzone przypadki powikłane, ustala wskazania do zabiegów chirurgicznych i wykonuje je. Do sanatorjów zasadniczo kwalifikują się chorzy nieobłożni, mogący w ciągu 3 do 6 miesięcy odzyskać zdolność do pracy zawodowej. Sprawy włókniste w okresie obostrzenia nadają się do sanatorjum. Sanatorjum powinno wykonywać wszelkie zabiegi chirurgiczne; co się tyczy torakoplastyki — to sprawa zależy od obecności w sanatorjum wykwalifikowanego chirurga.

Przypadki nie dające szans wyleczenia lub dłuższej poprawy należy umieszczać w przytułkach, mających na wzór norweski, charakter małych szpitalików.

Należy dążyć do stworzenia zakładów o typie pośrednim — szpitali sanatorjów w pobliżu większych miast, do 300 łóżek na województwo.

II. Kol. K. Dąbrowski (Warszawa) stwierdza ogromny postęp wiadomości o powstawaniu i rozwoju nauki o gruźlicy; podkreśla ogromne znaczenie Poradni, a dla tem lepszego jej funkcjonowania proponuje by Poradnie mieściły się przy szpitalach i żeby kierownictwo oddziału szpitalnego i poradni spoczywało w jednym ręku. W Polsce mamy katastrofalny brak miejsc szpitalnych i do stosunków skandynawskich względnie amerykańskich jest nam bardzo daleko.

Znaczenie oddziału szpitalnego jest przeważnie rozpoznawczo-segregacyjne; na podstawie licznych spostrzeżeń twierdzi, że rozstrzenie oskrzeli mylnie było rozpoznawane jako gruźlicze, proponuje też dlatego, aby stosować bronchiografję w przypadkach, gdy trzykrotne badanie nie wykrywa prątków Kocha. Niedodma szczytowa, jako wynik zgrubienia opłucny, powoduje mylne rozpoznanie.

Dla ustalenia wskazań do przerwania ciąży konieczna jest obserwacja szpitalna.

Punktem wyjścia gruźlicy często są wczesne nacieki i sprawy wnękowe, przyczem zaznacza, zgodnie z pojęciem szkoły francuskiej, że okolica pomiędzy podobojczykiem a wnęką jest częściej punktem wyjścia i miejscem powstawania wczesnych nacieków, niż wyłącznie okolica podobojczyka, jak przypuszcza Assman i szkoła niemiecka.

Odczyt ilustrował szeregiem prześroczy zdjęć bronchjograficznych i wyników leczenia metodą Jakobeusa.

III. Kol. L. W ę g r z y n o w s k i (Lwów). *Wskazania do leczenia zakładowego ze stanowiska przychodni i poradni przeciwgruźliczej"*. Poradnia winna być główną kwaterą walki z gruźlicą, kierownictwo poradni i przychodni, danego oddziału szpitalnego, czy też lecznicy powinno być skoncentrowane w jednym ręku. Uzupełnienie tego arsenału zakładami o typie sanatoryjnym, prewentorjum i osiedlem dla gruźliczych byłoby idealnem zamknięciem cyklu Philipa. Prelegent odróżnia: a) oddziały szpitalne, b) lecznice i c) sanatorja.

Oddziały szpitalne przyjmują chorych wymagających obserwacji i leczenia i nie mogą przetrzymywać chorych przez czas dłuższy. Sanatorja muszą się zbliżać do typu szpitala-sanatorjum, przyjmującego przypadki cięższe. Przypadki cięższe i bez nadziei poprawy zaczęto na zachodzie i na północy n. p. w Norwegji umieszczać w przytułkach, lecz i te zakłady obecnie mają charakter szpitali, w których znajdują schronienie chorzy beznadziejni tudzież chorzy zdolni do poprawy.

Sanatorja w Polsce obecnie przeżywają kryzys: około 40% łóżek w zakładach o charakterze społecznym jest niezajętych, gdyż instytucje społeczne przeżywają kryzys finansowy i nie są w stanie opłacać należytości za chorych.

Do najdonioślejszych zadań i obowiązków poradni należeć powinno ustalenie rozpoznania, dlatego też poradnia musi pozostawać pod kierownictwem wykwalifikowanego ftizjologa, musi być odpowiednio wyposażona w laboratorjum, Roentgena i t. d., musi mieć możność obserwacji chorego na oddziale obserwacyjnym szpitala. W naszych warunkach poradnie będą musiały pełnić obowiązki przychodni, t. j. leczyć przypadki ambulatoryjne, nie postępujące.

W n i o s k i: 1) Kwalifikowania chorych do zakładu leczniczego winna dokonywać poradnia i przychodnia przeciwgruźlicza, mająca do dyspozycji odpowiednią ilość łóżek obserwacyjnych, a wyposażona w potrzebne środki pomocnicze (laboratorjum, Roentgen), pozostająca pod kierownictwem wytrawnego lekarza klinicysty. 2) Najbardziej pożądanym i najbardziej celowym typem zakładu jest lecznica — szpital — sanatorjum, nastawione na wszelkie postacie gruźlicy potrzebujące leczenia, aż do nieuleczalnych postaci włącznie, z oddziałem obserwacyjno-rozpoznawczym. Taka lecznica winna być położona w bliskości miasta i pozostawać pod kierownictwem tego samego lekarza, pod którego kierownictwem pozostaje przychodnia i poradnia. 3) Do sanatorjów kierowani winni być chorzy z pewnem rozpoznaniem gruźlicy tylko z rokowaniem trwałej, względnie dłuższej, znacznej poprawy stanu zdrowia. 4) Wobec niewyzyskania około 40% łóżek w zakładach o charakterze społecznym należy: a) dążyć do obniżenia taksy leczenia, b) zwrócić się z apelem do władz rządowych, samorządowych, instytucyj społecznych, że stan ten grozi niebezpieczeństwem zwiększenia się procentu śmiertelności z powodu gruźlicy w najbliższych latach, c) zaniechać narazie tworzenia dalszych łóżek aż do chwili, kiedy istniejące będą odpowiednio wyzyskane.

IV. Kol. L. F i s z e r (Zakopane). W leczeniu gruźlicy płuc główna rola przypada, względnie przypaść winna, sanatorjum. Celem leczenia sanatoryjnego jest możliwe wyleczenie czynnej gruźlicy płuc z odzyskaniem zdolności do pracy przynajmniej na dłuższy przeciąg czasu; już ten cel wyklucza umieszczenie w sanatorjum chorych z gruźlicą nieczynną. Czynnikiem drugim, równie ważnym i decydującym, jest określenie jakości sprawy chorobowej.

W pierwszym rzędzie należą do sanatorjum:

A) *Phthisis fibro-caseosa incipiens*,

B) *Phthisis fibro-caseosa communis* (podług Neumanna).

O ile *phthisis fibro-caseosa incipiens* w okresie ostrego nacieku nadaje się bezwzględnie do leczenia sanatoryjnego, o tyle trudniej jest wypowiedzieć się, czy do leczenia takiego nadaje się okres zawieszenia *Phthisis pulmonum fibro-caseosa incipiens secundaria fibrosa*. Jeżeli pod wpływem skoku wytworzyła się jama, a leczenie odmą nie zostało zastosowane, to naturalnie, że leczenie takie jest bezwzględnie wskazane właśnie dla natychmiastowego rozpoczęcia leczenia odmą, również jest ono wskazane, jeżeli skok skończył się bez pozostawienia jamy, ale plwocina pacjenta zawiera prątki gruźlicze. Przypadki *Phthisis fibro-caseosa declar.*, jako już dalej posunięte, z reguły obustronne, zasadniczo nie nadają się do leczenia sanatoryjnego; i takie przypadki jednakże mogą być leczone sanatoryjnie wobec postępu leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc.

Okresy ostre *Phthisis fibro-caseosa declar.* nadają się wyłącznie do leczenia szpitalnego.

Tak samo do leczenia szpitalnego nadają się przypadki *Phthisis pulm. fibr.-caseos, desperata*.

Tuberculosis cavitaria stationaris nadaje się bezwzględnie do leczenia sanatoryjnego i chirurgicznego. Postać krwotoczna — *Tuberculosis abortiva* i postać przy której trwają stałe stany podgorączkowe i w których chorzy są stale chudzi i pomimo dobrego apetytu — nie mogą przybyć na wadze — nadają się do leczenia dietetyczno-higjenicznego.

Nacieki wczesne należą bezwzględnie i bezzwłocznie do sanatoryjnego leczenia. Grupa krwiopochodna: *Phthisis ulcero fibrosa cachectisans* u ludzi młodych w okresie początkowym nadaje się do sanatorjum, a starszych z podupadłym stanem ogólnym i gorączkujących należy kierować do szpitala.

Phthisis fibro-caseosa corticalis postpleuritica nadaje się do leczenia sanatoryjnego.

Phthisis caseosa-pneumonia caseosa, pneumonia gelatinosa nie nadają się do leczenia sanatoryjnego, jak również wrzodziejące postacie gruźlicy krtani i gruźlica jelit. Nacieczeniowa gruźlica krtani i biegunki toksyczne nie są przeciwwskazaniem dla sanatorjum.

Okres leczenia dla *Phthisis fibro-caseosa* powinien być przedłużony do 9 miesięcy. U ciężko pracujących fizycznie trwać powinno leczenie sanatoryjne przez cały czas stosowania odmy.

Przy krwiopochodnej postaci trzy do sześciu miesięcy powinno wystarczyć.

Tuberculosis fibrosa caseosa densa i *tuberculosis fibrosa diffusa* tylko w okresie pogorszenia nadają się do sanatorjum.

Gruźlicę gruczołów wnękowych wystarczy leczyć w sanatorjum w ciągu 6—8 tygodni.

Zapalenie opłucny po przejściu okresu ostrego winno być kierowane do sanatorjum.

Leczyć należy gruźlicę możliwie w jak najlepszych warunkach, t. j. w sanatorjach wysokogórskich.

Dyskusja.

Kol. Prof. J a n i s z e w s k i (Warszawa). Skuteczna praca społeczna winna być celowa, oszczędna i obejmować szerokie masy. Należy zamiast kosztownych sanatorjów budować sanatorja tanie — barakowe w pobliżu miast z dużą ilością łóżek, higjeniczne i estetyczne. Nie jest zwolennikiem tworzenia sanatorjum-szpitala.

Kol. Prof. M i c h a ł o w i c z — podkreśla podniesioną przez Dra Dąbrowskiego sprawę rozstrzeni oskrzeli, wykrycie której u dzieci ma jeszcze większe znaczenie; podkreśla sprawę prewentorjów i kwestję mieszkaniową. Sanatorja potrzebne są drewniane, estetyczne i higjeniczne na wzór norweski.

Kol. S z c z e p a ń s k i (Warszawa) wyraża zadowolenie, że współczesne pojęcia o kwalifikowaniu chorych do sanatorjów znalazły uznanie wśród lekarzy.

Do sanatorjów nie nadają się sprawy szybko postępujące. Do sanatorjum w Otwocku koło Warszawy mogą się dostać tylko ci, którzy są zbadani przez lekarza naczelnego względnie jego zastępcę. Do leczenia w miejscowości swego zamieszkania nadają się wszyscy, do leczenia wysokogórskiego nadaje się nieznaczny odsetek.

Kol. B r o s s (Poznań). Należy leczyć w sanatorjach chorych, którym zakładamy odmę oraz przypadki z naciekami wczesnemi.

System szałasowy, zastosowany w Puszczykowie, znajduje jego uznanie.

Kol. M i s i e w i c z ó w n a (Warszawa). W zakładach powinni znajdować się wszyscy chorzy na gruźlicę i tylko chorzy na gruźlicę. Kwalifikować winni lekarze poradni. Dla rozpoznania należy stosować metody kliniczne, serologiczne, bakterjologiczne i radjologiczne. Na decyzję o umieszczeniu chorych w zakładach wpływać powinny względy epidemjologiczne i zawód chorego.

Kol. H. K a r w o w s k i (Zakopane). W przypadkach bakterjologicznie stwierdzonej gruźlicy — Roentgen winien wykryć zmiany gruźlicze.

Kol. D a n i e l s k i (Lwów). Konieczną jest rejestracja chorych gruźliczych dla statystyki zachorowań.

Kol. Płk. B a b e c k i (Warszawa). Byłoby niecelowe zaprzestanie budowy sanatorjów, gdyż niema sanatorjów ludowych w liczbie dostatecznej i należy się również kierować względami natury społecznej.

Kol. S k o k o w s k a - R u d o l f o w a (Warszawa) — w krótkich słowach daje zarys organizacji walki z gruźlicą w Państwowej Służbie Zdrowia. Wytycznemi organizacji są poradnie typu Philip'a i Calmette'a, oddziały szpitalne i sanatorja ludowe tanie.

Kol. W i e s z e n i e w s k i (Warszawa) — uważa, że poradnie powinny się zajmować i leczeniem.

Kol. Prof. J a n i s z e w s k i — mówi, że w Prądniku są baraki Dekerowskie z centralnem ogrzewaniem.

Kol. M. G r o d e c k i (Warszawa) — uważa, że należy obniżyć koszty leczenia sanatoryjnego, wtedy wszystkie miejsca sanatoryjne będą zapełnione.

Kol. Bross. Lekarz praktyk również może kwalifikować do sanatorjum, lecz należy dążyć do zorganizowania kursów uzupełniających dla lekarzy praktyków.

Kol. Płk. Rudzki. Jako prototyp szpitala-sanatorjum mogą służyć wspomniane przez prof. Dr. Janiszewskiego baraki w Prądniku. Pod barakami rozumie tanią budowę drewnianych budynków. Kol. Karwowskiemu odpowiada, że jednakże w 15% klinicznie stwierdzonej gruźlicy — Roentgen zmian nie wykrył. Należy wyniki rentgenologiczne poddać zawsze kontroli badania fizykalnego.

Kol. L. Węgrzynowski — uważa, że zakładanie odmy winno się dokonywać w sanatorjum; kontynuowanie może być dokonywane i w ambulatorjum przychodni.

Kol. Fischer — podkreśla ponownie leczniczą wartość klimatu wysokogórskiego.

Kol. Dąbrowski — stawia baraki w Wilnie na Zwierzyńcu za wzór tego typu budowy.

Postacie toksyczne i wysiękowe również należy przyjmować do sanatorjum, gdyż i w tych przypadkach widziano poprawę. We Francji obecnie założenie odmy odbywa się w niektórych przypadkach ze względów finansowych w poradni. Niema pewnego rozpoznania gruźlicy bez wykazania prątków.

W godzinach popołudniowych uczestnicy Zjazdu zwiedzali Sanatorjum Czerwonego Krzyża, zakład dla dzieci gruźliczych Uniw. Jagiellońskiego, gdzie Dr. Nowotny z Zakopanego wygłosił odczyt o gruźlicy chirurgicznej, a prof. dr. Godlewski o historji powstania zakładu.

Wieczorem w salach reprezentacyjnych Sanatorjum Czerwonego Krzyża odbył się raut dla uczestników Zjazdu i zaproszonych gości.

Dok. nast.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Kazimierz Okuszko.

W dniu 5 października zmarł nagle w Warszawie, gdzie szukał porady w chorobie, Dr. Kazimierz Okuszko, od r. 1908 zamieszkały w Częstochowie i tu znany i popularny w szerokich kołach społeczeństwa, jako zasłużony ideowy społecznik i patrjota. W osobie ś. p. Kazimierza Okuszki odeszła od nas jednostka wybitna, różnorodnie uzdolniona, w pobudkach działania bezwzględnie czysta, pozostawiając świetlaną pamięć i wzór do naśladowania dla młodszej generacji lekarzy.

Kazimierz Okuszko urodził się w r. 1876 w Szumsku, ziemi kieleckiej w rodzinie ziemianina, zesłańca powstaniowego, wynosząc z otoczenia rodzinnego przekonania i hasła niepodległościowe, którym służył niezłomnie do końca życia. Już jako uczeń gimnazjum zwrócił na siebie uwagę władzy: zmuszony był opuścić dom rodzinny i mieszkać na stancji u pedla-rosjanina.

W roku 1898 wszedł na Wydział lekarski w Warszawie, niebawem za udział w demonstracji patrjotycznej został wydalony i po straconym roku zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej. Jako student brał czynny udział w ruchu umysłowym i politycznym młodzieży — był prezesem Koła młodzieży postępowej w Krakowie — pozostawał w bezpośrednich stosunkach z twórcami niepodległości Polski; równocześnie pracując naukowo, w roku 1901 przełożył na język polski dzieło Ribota „psychologja uczuć", wydane przez Kasę Mianowskiego. Po ukończeniu studjów w r. 1904 pracował na Klinice położniczej, w r. 1905 był asystentem Zakładu dla nerwowo- i umysłowo chorych w Grodzisku, w r. 1906 pracował w Szpitalu Anny-Marji w Łodzi, jako asystent oddziału chirurgicznego i lekarz miejscowy. W roku 1908 przybył do Częstochowy na stanowisko lekarza huty „Częstochowa" i ordynatora szpitala fabrycznego, które zajmował do końca r. 1922.

Jako członek Tow. lekarskiego brał czynny udział w ruchu naukowym, wygłaszając szereg odczytów: bądź komunikował wyniki swych prac doświadczalnych, bądź referował postępy nowszej nauki. Ogłosił drukiem 12 prac, w tem pięć filozoficzno-psychologicznych. Kiedy w r. 1917 zmarł prezes Tow. lek. Biegański, ś. p. Okuszko przygotował trudną pracę „O działalności filozoficznej Biegańskiego" i wygłosił na Akademji ku czci zmarłego.

W zjazdach lekarzy prowincjonalnych brał czynny udział: w r. 1911 na Zjeździe w Łodzi wygłosił odczyt „pomoc lekarska w przedsiębiorstwach wielko-przemysłowych", wykazując braki w organizacji pomocy lekarskiej i proponując reformy, w r. 1914 na Zjeździe w Lublinie mówił „o stosowaniu surowicy pneumokokowej w zapaleniu płuc". Jako lekarz-społecznik chętnie opracowywał tematy praktyczne, jak to: „o swoistem leczeniu i rozpoznawaniu gruźlicy", „o wysypkach podobnych do płonicy", „o reakcji ocznej Calmette'a", „leczenie krztuśca szczepionkami swoistemi". Brał udział w życiu kulturalnem kolonji robotniczej — był założycielem szkoły powszechnej i wygłaszał odczyty popularne. W Częstochowie był inicjatorem i członkiem Zarządu Biblioteki publicznej, członkiem Zarządu Czerwonego Krzyża, ostatnio członkiem Rady miejskiej i lekarzem Poradni przeciwgruźliczej.

W latach wojny rozwinął Okuszko płodną działalność niepodległościową, przemawiał na wiecach, organizował legjony i był ich lekarzem; jako mówca w latach okupacji nieraz narażał się na prześladowanie. W tymże okresie w ciągu 2 lat wykładał psychologję na kursach naukowych.

Kiedy w r. 1922 organizowała się w Częstochowie Kasa Chorych, Okuszko powołany został na stanowisko lekarza naczelnego; jako ideowiec ubezpieczeń społecznych kierował działem lekarskim w trudnym okresie organizacyjnym Kasy Chorych, i pozostawił pamięć dobrego i sprawiedliwego Kolegi.

Przed kilku tygodniami widzieliśmy Go przy stole prezydjalnym podczas Zjazdu legjonistów w Częstochowie.

Pogrzeb zasłużonego społecznika odbył się na Powązkach w dniu 7 października w poważnem skupieniu przy udziale rodziny, przedstawicieli Zarządu Kasy Chorych i miasta Częstochowy, Tow. lekarskiego i Związku lekarzy, oraz delegacji legjonistów ze sztandarami. Przemówienia żałobne wygłosili Koledzy Łokczewski i Kramsztyk.

Świetlanej pamięci Kolegi cześć! *K. Ł.*

Prace ś. p. Dra Kazimierza Okuszki, ogłoszone w druku:

1. Wspólnie z kol. Batawią „przypadek zakrzepu w sinus transversus z zajęciem błędnika".
2. O reakcji ocznej Calmette'a.
3. Pomoc lekarska w przedsiębiorstwach wielko-przemysłowych.
4. Przypadek wypadnięcia pętli jelita cienkiego przez kiszkę stolcową.
5. Stosowanie surowicy pneumokokowej w zapaleniu płuc.
6. Wysypka szkarlatyno-postaciowa zakaźna.
7. Leczenie krztuśca swoistemi szczepionkami.
8. O psychologji Ribota „Przegląd filozoficzny".
9. O działalności filozoficznej Biegańskiego (broszura).
10. Psycho-fizjologiczna teorja wzruszeń („Wszechświat").
11. O hypnotyźmie („Wszechświat").
12. Przekład dzieła Ribot'a „psychologja uczuć". 1901.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 3-go listopada 1931 r. o godz. 8 wieczorem. Na porządku dziennym: 1. W. Markert i J. Krzepisz: Przypadek choroby Pageta. 2. J. Felix i L. Tochowicz: Badania doświadczalne na zwierzętach oraz kliniczne nad działaniem acetylocholiny i angioxylu na układ krążenia. 3. L. Blacher: W sprawie morfologji i metodyki badania płytek krwi (klasyfikacja płytek).

Prof. Dr. A. Gluziński objął kierownictwo kliniki chorób wewnętrznych w Szpitalu Św. Ducha na okres semestru zimowego.

Z Państwowej Szkoły Higjeny. W dn. 21 października r. b. zakończony został w Państwowej Szkole Higjeny 3-y tyg. kurs dla lekarzy i kierowników Ośrodków Zdrowia. W kursie uczestniczyło 34 lekarzy ze wszystkich województw Polski.

W dn. 2-go listopada rozpoczyna się w Państwowej Szkole Higjeny 6-cio miesięczny kurs Higjeny Publicznej dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Dnia 9-go listopada r. b. rozpoczął się 3-y tyg. kurs propagandy higjeny, przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

W czasie od 18—26 listopada r. b. odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny kurs przeciwjaglicy dla lekarzy.

Od 30 listopada do 5 grudnia odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny VI-ty kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie", przeznaczony dla działaczy społecznych i nauczycielstwa.

Magistrat m. Warszawy powierzył Drowi Mieczysławowi Matuszkiewiczowi czasowe pełnienie obowiązków dyrektora szpitala przy ulicy Złotej do czasu obsadzenia tego miejsca drogą konkursu.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 4-go listopada b. r. o godzinie 7.15 wieczorem odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z następującym porządkiem dziennym: Prof. Dr. Latkowski: O schorzeniach kręgosłupa (z demonstracją chorych). Demonstracje chorych z Kliniki Położniczo-ginekologicznej U. J. Demonstracje chorych z I-szej Kliniki chorób wewnętrznych U. J.

VII. Międzynarodowy Kongres Nauk Historycznych. Sekcja Historji Nauk Ścisłych, Przyrodniczych i Medycyny. Drugi Komunikat Komisji Organizacyjnej. W poprzednim komunikacie (zob. Nr. 18 Polskiej Gazety Lekarskiej, Komisja Organizacyjna zdała sprawę ze swych czynności za okres od maja do grudnia 1930 r. Obecnie wydaje się rzeczą pożyteczną podać przedewszystkiem parę informacyj o organizacji VII. Międzynarodowego Kongresu Nauk Historycznych.

Kongres odbędzie się w Warszawie w dniach od poniedziałku 21-go do poniedziałku 28-go sierpnia 1933 r. i obejmie czternaście sekcyj, z których 9-ta będzie poświęcona historji nauk ścisłych, przyrodniczych i medycyny. Dla przedmiotów, mogących zainteresować członków kilku sekcyj, przewiduje się możliwość wspólnych posiedzeń tych sekcyj.

Czynny udział w obradach Kongresu może przybrać trojaką formę: sprawozdań, referatów i głosów w dyskusji.

1. Dla zagadnień obejmujących szerszy zakres przewiduje się opracowanie t. zw. sprawozdań („rapports"), przedstawiających obecny stan wiedzy o danym przedmiocie w ten sposób, ażeby tworzyły one podstawę do dyskusji nad szczegółami oraz ułatwiały dalsze badania w tej dziedzinie. Sprawozdania winny być gotowe przed 1 września 1932 r., tak, aby mogły być ogłoszone drukiem na pewien czas przed Kongresem; ich rozmiar nie może przekraczać 16 stronic druku in octavo.

(Co się tyczy 9-tej sekcji, przewiduje się sprawozdania syntetyczne o historji nauk w Czechach, w Polsce, w Rumunji i na Węgrzech; zob. pierwszy komunikat Komisji Organizacyjnej).

Ażeby przynieść jak największy pożytek, sprawozdania, które zresztą nie będą odczytywane na Kongresie, winny być ile możności uzupełnione przez referaty, dotyczące pewnych części poruszonego w nich zagadnienia.

2. Referaty są drugim, tradycyjnym rodzajem udziału w pracach Kongresu. W zasadzie tematy ich są dowolne; zaleca się jednak ich autorom, o ile nie będą one dotyczyły przedmiotów poruszanych w „sprawozdaniach", ażeby obierali tematy dość ogólne lub conajmniej takie, które przedstawiają istotny interes z punktu widzenia dziejów powszechnych.

(Co się tyczy 9-tej sekcji, przypominamy, że Międzynarodowy Komitet Historji Nauk ustalił jako główny temat dyskusji historję nauk w XVI wieku: toteż tematy referatów winny ile możności odnosić się do historji myśli naukowej w tej epoce).

W zasadzie, każdy członek Kongresu ma prawo zgłosić tylko jeden referat. Pozatem, Komitet Organizacyjny zastrzega sobie swobodę ostatecznej decyzji w sprawie przyjęcia referatów, które mu zostaną zgłoszone.

Ponieważ streszczenia referatów mają byc wydrukowane przed Kongresem, rękopisy ich muszą być dostarczone Komitetowi Organizacyjnemu przed 1 maja 1933 r., w maksymalnym wymiarze 2—4 stronic druku.

3. Dla lepszego zorganizowania dyskusji nad sprawozdaniami i referatami wprowadza się jako trzeci rodzaj udziału w pracach Kongresu t. zw. głosy w dyskusji, zgłaszane z góry do zagadnień będących na porządku obrad Kongresu. Te przemówienia dyskusyjne będą wymienione w porządku dziennym każdego posiedzenia i w ogólnem sprawozdaniu z Kongresu.

Biuro Komitetu Organizacyjnego mieści się w Uniwersytecie Warszawskim (sekretarz: Dr. Tadeusz Manteuffel).

Powtóre mamy przyjemność zawiadomić naszych czytelników, że Czechosłowacka Grupa Narodowa Międzynarodowego Komitetu Historji Nauk powołała do życia osobną komisję dla przygotowania uczestnictwa swych rodaków w pracach Sekcji Historji Nauk Ścisłych, Przyrodniczych i Medycyny na Kongresie Warszawskim. W skład komisji wchodzą pp. Koliha, Komárek, Kratochvil, Procházka, Schäferna, Seydl, Vejšický i Vetter. Ogólne sprawozdanie o Historji nauk w Czechosłowacji opracuje prof. Q. Vetter (Praga); oddzielne referaty o historji każdej z nauk zostaną prawdopodobnie zebrane w osobnem wydawnictwie, które równocześnie stanowić będzie przewodnik po czechosłowackiej części projektowanej wystawy.

Podobnie udział Rumunji będzie zorganizowany przez Rumuńską Grupę Narodową M. K. H. N. (p. Bologa, Jorga i Sergescu). Sprawozdanie o Historji nauk matematycznych i fizycznych w Rumunji opracuje prof. P. Sergescu (Kluj), a o Historji nauk przyrodniczych i medycyny w Rumunji prof. V. L. Bologa (Kluj).

Sprawozdania o Historji matematyki, fizyki i astronomji na Węgrzech będą przygotowane przez pp. A. Szücs, B. Pogány i A. Tass (Budapeszt).

Spis sprawozdań i referatów, zgłoszonych do Komisji, ogłoszony w poprzednim komunikacie, pomnożył się pozatem o następujące tytuły:

10. R. Almagià (Rzym): Ciò che è definitivamente aquisito alla scienza e ciò che ancora può essere utilmente indagato intorno ai viaggi ed alle scoperte di Cristoforo Colombo ed alle conseguenze riguardo al progresso della scienza.

11. E. Bortolotti (Bolonja): La storia delle scienze matematiche in Italia nel sec. XVI.

12. E. Stamm (Strzyżów): La géométrie de Nicolas Copernic.

13. J. Tricot-Royer (Antwerpja): Un chapitre de l'histoire de la lèpre en Belgique au XVI-e siècle.

Na posiedzeniu z dnia 27 kwietnia 1931 r. Komisja przybrała do swego grona p. F. Kucharzewskiego (Warszawa). — *S. Dickstein*, przewodniczący. Warszawa, Marszałkowska 117. *A. Birkenmajer*, sekretarz. *Kraków*, Garbarska 7 A.

Na Walnem zebraniu Stowarzyszenia Okulistów Polskich w Krakowie, dnia 5. października 1931 r., Prezesem obrano profesora Dr. J. Szymańskiego, wiceprezesem Prof. Dr. W. Kapuścińskiego, Skarbnikiem Dr. Zofję Galewską i Sekretarzem Dr. Janusza Sobańskiego. Na tem zebraniu na stanowisko Redaktora Naczelnego Czasopisma: „Klinika Oczna" wybrano Doc. Dra W. H. Melanowskiego, wyrażając jednocześnie życzenie, by, w miarę możności, pismo przekształcić na dwumiesięcznik lub miesięcznik.

Do PP. Lekarzy powiatowych i Ginekologów. Kilkoletnie prace Redakcji zdążały do stworzenia z miesięcznika „Położna" pisma, któreby zastępowało po części kursa dokształcające i zaznajamiało czytelniczki z nowemi zdobyczami wiedzy. Na ostatnim Zjeździe Ginekologów miałem sposobność, rozmawiając o tem, usłyszeć obok wyrazów uznania i wnioski co do prac Redakcji na przyszłość. Między innemi podnoszono konieczność powtarzania w referatach rzeczy najbardziej elementarnych w formie dla czytelniczek jeszcze przystępniejszej. Wobec powyższego zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie uwag co do treści i formy pisma, z których nie omieszkamy skorzystać, ponieważ w pierwszym rzędzie idzie nam o praktyczną wartość miesięcznika. Równocześnie ponawiam prośbę o nadsyłanie wniosków i danych statystycznych do działu „Walka z partactwem lecznicze „babek". Za Redakcję: *Dr. A. Papée*, redaktor odp. Kraków, Kopernika 17.

Szpital ortopedyczny dla dzieci. Zarząd Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie przypomina, iż w Krakowie, przy ul. Św. Filipa 15, mieści się Szpital Ortopedyczny dla dzieci, którego dyrektorem jest dr. Mieczysław Kosiński. Rezultaty lecznicze, jakie uzyskano w powyższym szpitalu, są tak doskonałe, iż szpital ten należy dla celów kasowych jak najbardziej wyzyskać. Leczenie ortopedyczne zmniejsza bowiem liczbę kalek, niezdolnych w przyszłości do pracy. Warunki przyjęcia do szpitala są następujące: 1) Do szpitala ortopedycznego mogą być przyjęte dzieci płci obojga, potrzebujące opieki ortopedycznej. Dzieci, obarczone chorobami umysłowemi i zakaźnemi, bezwarunkowo przyjęte być nie mogą. 2) Do szpitala mogą być przyjęci członkowie Kas Chorych — za odpowiednią asygnatą danej Kasy Chorych, lub asygnatą Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. 3) Koszty utrzymania wynoszą dziennie 7 zł. Kasy Chorych opłacają dziennie 5 złotych. 4) Za zabiegi lekarskie, operacje, opatrunki gipsowe, materjał opatrunkowy i operacyjny, przygotowanie do operacji i asystę przy operacji płacą Kasy, wedle cennika, zatwierdzonego przez Okręgowy Związek Kasy Chorych w Krakowie. 5) Rodzice, oddający dzieci w opiekę szpitalną, względnie Kasy Chorych, odsyłające do zabiegów ortopedycznych.

Prymarjuszem oddziału chorób kobiecych Państwowego Szpitala św. Łazarza mianowany został docent U. J. Dr. Józef Szymanowicz.

Poznań.

XV. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się dnia 30 października 1931 w Zakładzie Farmakologji U. P. Grunwaldzka 14, z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Dalszy ciąg rozprawy nad odczytem dr. J. Zeylanda, wygłoszonym dnia 16 października 1931 przez dr. E. Piasecką-Zeylandową. 4. Wykład: Prof. Dr. Hrynakowski: Oktawa biologiczna i jej znaczenie dla zrozumienia działania leków typu anjonów i katjonów. 5. Po wykładzie odbyło się zwiedzenie nowego Zakładu Farmakologji U. P.

Z kraju.

Ilu jest Lekarzy w Polsce? Jak wynika z opracowanych ostatnio danych statystycznych, ogólna liczba lekarzy w Polsce wynosi 10.600 osób, z czego na Warszawę przypada 2.436 lekarzy, na województwa centralne 2.345, na województwa południowe 3.223, na wschodnie 1.082, na zachodnie 1.514. Przeciętnie na 10.000 mieszkańców przypada w Polsce 3,4 lekarza; największa stosunkowo ilość lekarzy jest w Warszawie, mianowicie 21,8 przypada na 10.000 mieszkańców, najmniejsza zaś t. j. 2 lekarzy w województwach wschodnich i centralnych. — Lekarzy dentystów jest w Polsce ogółem 2.927, z tego 1.098 w samej Warszawie, 1.083 w woj. centralnych, 471 we wschodnich, znacznie mniej — bo 165 — w południowych, najmniej zaś — mianowicie 110 — w województwach zachodnich. — Liczba akuszerek w Polsce wynosi 9.554, z czego na Warszawę przypada 1.301 osób. W województwach centralnych praktykuje 3.392 akuszerek, w województwach południowych 2.860, w zachodnich 1.118, we wschodnich zaś 883. — Ogólna liczba felczerów w Polsce wynosi 1.923, z czego w Warszawie 311, w woj. centralnych 1.202.

Przyrost naturalny ludności w Polsce w I-ym kwartale r. b. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w ciągu I-go kwartału r. b. zawarto w Polsce 79.912 małżeństw, urodzeń żywych zanotowano 250.413, zgonów 156.440, przyrost naturalny zatem ludności w Polsce w tym okresie wynosił 93.973 osoby. Odnośne dane za cały rok 1930 przedstawiały się następująco: małżeństw zawarto 300.421, urodzeń żywych 1,015.834, zgonów 490.370, przyrost naturalny zatem wyrażał się cyfrą 525.464 osoby.

Liczba miast, powiatów i gmin w Polsce. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, zestawionych na dzień 1 stycznia 1931 r., mamy w Polsce 634 miasta, 283 powiaty, oraz 14.747 gmin wiejskich i obszarów dworskich. Na województwa centralne przypada: miast 228, powiatów 94, gmin wiejskich i obszarów dworskich 1.301; na województwa wschodnie: miast 60, powiatów 37, gmin 373; na województwa zachodnie: miast 169, powiatów 69, gmin 7.025; na województwa południowe: miast 177, powiatów 83, gmin 6.048. Najwięcej miast i powiatów liczą województwa centralne, następnie południowe, najmniej zaś wschodnie; natomiast najwięcej gmin liczą województwa zachodnie, następnie południowe, najmniej zaś również wschodnie.

Pierwszy polski statek sanitarny. Przed kilku miesiącami Urząd Morski w Gdyni zamówił w stoczni gdyńskiej niewielki stateczek dla służby sanitarnej w porcie, oraz dla potrzeb budującej się pod Gdynią stacji kwarantanny. Statek ten o specjalnej konstrukcji, dostosowanej do przewozu chorych, został już wykończony i przed paru dniami spuszczony na wodę. Wyporność jego wynosi około 30 tonn brutto, a zaopatrzony jest w 60-konny motor ropowy. Statek ten, któremu nadano nazwę „Samarytanka", wykonuje obecnie próbę jazdy i po przyjęciu przez komisję, zostanie oddany do użytku służby sanitarnej w porcie gdyńskim.

Dr. Gaston Poix w C. W. San. Dnia 18 września b. r. Dr. Gaston Poix, naczelny redaktor Revue de Phtisiologie, lekarz Szpitala Laënnec'a w Paryżu, przed udaniem się do Zakopanego na IV Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy, odwiedził Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, gdzie zainteresował się szczególnie pracownią rentgenologiczną.

Dnia 15 i 16 maja 1932 r. (Zielone Święta) odbędzie się w Krynicy czwarty Zjazd Lekarski. Tematem głównym obrad Zjazdu w części, odnoszącej się do medycyny wewnętrznej, mają być: choroby przewodu pokarmowego. Tematem głównym obrad w części, odnoszącej się do ginekologji, ma być: życie kobiety a wewnętrzne wydzielanie, ze specjalnem uwzględnieniem przekwitania i spraw niedorozwojowych. Część trzecią Zjazdu wypełnią odczyty z dziedziny lecznictwa zdrojowego. Podczas Zjazdu będzie zorganizowana wystawa środków lekarskich. Komitet organizacyjny Zjazdu na tej drodze prosi wszystkich Kolegów o wzięcie udziału w Zjeździe, zgłoszenia odczytów w granicach przez program, powyżej podany, określonych. Termin zgłoszeń dla odczytów zostanie zamknięty 15 lutego 1932 r. Szczegółowy program Zjazdu ustalony będzie i rozesłany w marcu 1932 r. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu: Dr. Witold Skórczewski, Krynica.

Przyrost naturalny ludności w Polsce w latach 1926—1930. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, ruch naturalny ludności w Polsce w ostatniem pięcioleciu przedstawiał się następująco: w latach 1926—1930 przeciętnie rocznie zawierano małżeństw 282.000, urodzeń żywych było 987 tys., zgonów — 515.000, przeciętny zatem roczny przyrost naturalny wynosił w tym okresie 372.000 osób. Przyrost naturalny w poszczególnych latach przedstawiał się następująco: w r. 1926 — 456.000, w 1927 r. — 433 tys., w r. 1928 — 479 tys., w r. 1929 — 468 tys. i w r. 1930 — 526 tys. osób. Procentowo w stosunku do całej ludności Polski, przeciętny przyrost naturalny w latach 1926 — 30 wynosił 15.7%.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 31 od 26 VII do 1 VIII 1931 r.		Tydzień 32 od 2—8 VIII 1931 r.		Tydzień 33 od 9—15 VIII 1931 r.		Tydzień 34 od 16 VIII do 22 VIII	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	288	16	336	31	324	29	408	27
Paradury	4	—	—	—	—	—	—	—
Dur plamisty	10	1	4	—	10	1	7	1
Dur powrotny	1	—	1	—	—	—	—	—
Czerwonka	54	11	81	6	113	16	143	7
Płonica	278	5	273	10	259	9	361	7
Błonica	161	8	172	11	188	8	231	17
Zap. op. mózg. (nagminne)	10	3	8	—	5	2	12	2
Odra	96	5	88	2	70	—	82	1
Róża	70	3	59	4	51	9	66	4
Krztusiec	90	5	114	5	115	2	173	5
Zimnica	—	—	6	—	2	—	4	—
Gorączka połogowa	33	4	25	8	29	9	27	5
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	418	—	296	—	456	—	322	—
Wąglik	7	—	2	—	3	1	1	1
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	1	—	—	—	—	—	—	—
Wścieklizna	—	1	—	1	—	2	—	—
Zatrucie mięsne	6	—	—	—	—	—	7	1
Choroba Heine Medina	1	1	1	—	1	—	1	—
Twardziel	2	—	1	—	1	—	1	—
Inne choroby zakaźne 65	5	46	6	51	5	5	73	6

Ze świata.

43-ci Międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy, urządzony staraniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu wiedeńskiego odbędzie się we Wiedniu w czasie od 15 do 26 lutego 1932 roku. Głównym tematem kursu będzie leczenie chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem chorób reumatycznych i fizykalnych sposobów leczenia. Zgłoszenia na ten kurs przyjmuje sekretarz kursów: Dr. A. Kronfeld, Wien, IX. Porzellangasse 22.

Najsilniejszy aparat rentgenowski. W szpitalu berlińskim Charité znajduje się najsilniejszy aparat rentgenowski na świecie. Nadano mu nazwę „Gamma-wolt". Instalacja ta posiada napięcie maksymalne do 600.000 wolt, a przy pełnem działaniu wysyła promienie zbliżone do emanacji radowych swemi cechami i właściwościami, co ma wielkie znaczenie przy leczeniu raka, gdyż ogólna ilość radu, będąca w użytku nie wystarcza na potrzeby wszystkich zakładów leczniczych.

Zjazd Międzynarodowej Ligi Homeopatów w Genewie. W dniach od 2 do 6 sierpnia b. r. odbył się w Genewie doroczny Zjazd Międzynarodowej Ligi Lekarzy-Homeopatów, na który przybyło 170 delegatów ze wszystkich prawie państw europejskich oraz z Ameryki północnej i południowej. Na Zjeździe obecny był po raz pierwszy delegat Towarzystwa Zwolenników Homeopatji w Polsce, który doznał niezwykle serdecznego przyjęcia i wyróżnienia, gdyż został wybrany na jednego z wiceprezesów Ligi. Na Zjazd Genewski przybył również lekarz przyboczny angielskiego domu panującego i królowej Norwegji — dr. John Weir z Londynu. Program Zjazdu był bardzo bogaty, składał się bowiem z 20 sprawozdań o stanie homeopatji w różnych krajach, 8 sprawozdań i projektów działalności Ligi i 31 odczytów naukowych, oprócz zwiedzania miasta, podróży statkiem do francuskiego kąpieliska Evian i kilku bankietów. Oprócz referatów naukowych, odczytano szereg autobiografij znanych lekarzy, którzy porzucili allopatję i stali się homeopatami. Przewodniczył Zjazdowi lekarz genewski dr. Pierre Schmidt, który został jednogłośnie wybrany prezesem Ligi na najbliższe 3 lata. Przyszły Zjazd Ligi Homeopatów uchwalono odbyć w Paryżu.